This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No. .....

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Secrétaire de la Rédaction : M. LE Dr LICHTWITZ

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, Professeur libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **Boucheron**, à Paris. — **Bréhion**, à Lyon. — **Bresgen**, à Fracfort-sur-Mein. — **Bryson Delavan**, de New-York. — **F. Cardone**, de Naples. — **J. Charazac**, à Toulouse. — **O. Chiari**, Privatdocent de Laryngologie à l'Université de Vienne. — **G. Coupard**, à Paris. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Gorham Bacon**, de New-York. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie à l'Université de Vienne. — **Th. Héring**, médecin de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **F. Massei**, Professeur de Laryngologie, à l'Université de Naples. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Moura-Bourouillon**, de Paris. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schiffers**, à Liège. — **Schmiegelow**, à Copenhague. - **Schmitzler**, Professeur de Laryngologie à Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, Professeur d'Otologie à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, Professeur d'Otologie, à Breslau.

TOME VI

1886

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXVI.

6/10/87

7e Année. N° 1. 1er Janvier 1886.

809

REVUE MENSUELLE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS. MAY 19, 1886

SUR QUELQUES CAS RARES DE POLYPES DU LARYNX (1)

Par le Dr E. J. MOURE.

Les polypes du larynx ont été l'objet de travaux assez importants et assez nombreux, pour que je n'aie pas la prétention de venir apporter ici des faits absolument nouveaux; mon but est simplement d'insister encore sur les bienfaits de la laryngoscopie et sur la possibilité d'opérer par les voies naturelles, on peut dire toutes les tumeurs bénignes qui se développent dans l'organe vocal. Les avantages de la méthode endolaryngée ont encore été mis en lumière au dernier Congrès de Londres, puisque d'un commun accord tous les laryngologistes ont reconnu l'innocuité à peu près absolue de l'extirpation des néoplasmes bénins du larynx par la voie buccale, tandis que les opérations par la voie externe ont beaucoup trop souvent entraîné la mort du malade. Cette dernière méthode offre encore bien d'autres inconvénients graves, qui doivent aujourd'hui la faire repousser presque d'une manière définitive. C'est là un fait bien connu, mais sur lequel, cependant, il est peut-être utile d'insister, puis-

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 15 octobre 1885.

que certains chirurgiens publient encore de nos jours, comme de véritables succès opératoires, des cas d'ablation de polypes du larynx par la laryngotomie. Les seuls cas dans lesquels cette dernière opération semblerait justifiée sont ceux où la tumeur a pris un développement tel qu'elle obstrue presque complètement l'orifice du larynx et occasionne une gêne constante de la respiration et des accès de suffocation. Alors, en effet, il semble que l'introduction de la pince dans l'organe phonateur pourra à son tour déterminer une irritation de la muqueuse et comme conséquence un accès de spasme glottique d'autant plus grave que les voies respiratoires supérieures sont déjà, à peu près, tout à fait obstruées par le néoplasme. L'opération par les voies naturelles semble, en effet, au premier aspect, non seulement impossible, mais dangereuse à pratiquer; et cependant elle peut encore se faire en usant de quelques précautions et bien entendu avec une main suffisamment exercée aux instruments laryngiens, pour ne pas faire trop souvent de simples tentatives d'extirpation. Des observations de ce genre, sans êtretrès connues, ne sont cependant pas tout à fait une exception, et l'on en trouve des exemples dans Ziemssen, Fauvel, Bruns, Tobold, Morell Mackenzie, Solis Cohen, etc., etc., et j'ai eu, moi-même, l'occasion d'observer deux faits analogues, qui me paraissent assez dignes d'intérêt pour mériter de vous être communiqués.

Obs. I. — **Polype muqueux obstruant tout l'infundibulum laryngien.**

Il s'agit d'une femme âgée de cinquante-deux ans environ, qui vint me consulter à la clinique le 5 avril dernier. Depuis dix ans elle éprouvait un enrouement survenu, dit-elle, à la suite d'un chaud et froid. Il y a sept ans la gêne de la respiration commença à apparaître de plus en plus marquée et, depuis cette époque, elle fut obligée de dormir assise sur un fauteuil ou dans son lit, la tête inclinée en avant. Dans cette position, la respiration était un peu plus facile et cependant

la malade éprouvait chaque nuit des accès de suffocation qui mettaient sa vie en danger. En vain les traitements les plus variés furent employés dans les différentes villes qu'elle a parcourues sans lui procurer la moindre amélioration.

Aujourd'hui la gêne respiratoire est constante, toujours plus accentuée pendant la nuit, empêchant le sommeil et faisant craindre un dénouement fatal par les accès de suffocation violents qui se produisent très fréquemment. La malade, qui a notablement maigri, se trouve affaiblie et sans force. Pendant les efforts d'expiration et surtout au moment de la toux, on perçoit très nettement, à l'auscultation du larynx, le bruit de drapeau donné autrefois comme caractéristique des polypes de cet organe.

A l'examen laryngoscopique, on aperçoit, au moment de l'émission de la voyelle E, une tumeur d'aspect gélatineux, d'un gris terne, à peine rosée, trilobée et venant obstruer complètement l'infundibulum laryngien, cachant à la vue de l'observateur non seulement les cordes vocales inférieures, mais les bandes ventriculaires et une partie des replis ary-épiglottiques. Pendant l'inspiration, la tumeur descend au-dessous des cordes vocales, grâce à un long pédicule aplati, par lequel elle adhère au tiers moyen du bord libre et un peu supérieur de la corde droite. La voix de la malade n'est pas éteinte, elle est simplement un peu enrouée dans l'émission de syllabes; dans le cours d'une conversation, il arrive parfois que certains mots sortent étouffés. Le long pédicule du néoplasme qui lui permet de se placer au-dessus des rubans vocaux pendant les efforts de phonation explique très bien cette altération de la voix.

Quelques jours plus tard je présentai à mes confrères de la Société de médecine de Bordeaux, un malade débarrassé de son néoplasme. La respiration était redevenue libre et à la voix peu près normale.

L'opération, un peu dramatique au début, à cause du volume énorme de la tumeur et de la gêne respiratoire qui en était la conséquence, a été faite toute entière avec

la pince à polype de Fauvel. La tumeur a été enlevée en plusieurs morceaux.

Je rappellerai, pour mémoire, que je n'ai pu dans ce cas employer au début la cocaïne, parce que le moindre attouchement de la muqueuse produisait un accès de spasme glottique dangereux pour le malade, à cause du néoplasme qui remplissait presque complètement l'orifice laryngien.

Faut-il ajouter que la malade a, depuis son opération, notablement engraissé et que son état général est aujourd'hui excellent ?

Obs. II. — Papillome remplissant tout le larynx chez une femme enceinte.

Ce deuxième fait est relatif à une jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte de sept mois et demi, qui est venue me consulter dernièrement à la clinique, pour une aphonie et une gêne constante de la respiration. La malade fait remonter le début de son affection à 4 mois environ.

A l'examen laryngoscopique, mon chef de clinique, M. le Dr Lichtwitz, qui le premier l'examina en mon absence, constata l'existence d'une vaste tumeur bourgeonnante, et de choux-fleurs comblant tout l'orifice du larynx, s'implantant d'un côté, sur toute la longueur de la bande ventriculaire gauche, et de l'autre, par une sorte de bourgeonnement presque distinct du premier, sur la base de l'épiglotte. A mon tour, je constate que, tandis que la première partie du néoplasme est sessile sur la muqueuse où il est implanté, la seconde, au contraire, légèrement pédiculée, flotte dans l'intérieur de la cavité laryngienne et produit même pendant les efforts d'expiration, un bruit de soupape (bruit de drapeau) très perceptible à l'extérieur.

La malade affirme en outre avoir, pendant un accès de toux, fait connu du reste et déjà signalé, expectoré un morceau de sa tumeur. Après une première introduction de la pince à polype, que la malade supporte très bien, elle a rejeté quelques jours après un morceau de son papillome presque sphacelé.

Malheureusement la malade, très négligente, ne vient que d'une manière très irrégulière, ce qui m'a empêché d'enlever complètement le néoplasme dont elle est porteur. Toutefois, le fait essentiel est la facilité avec laquelle on peut introduire la pince sans occasionner de spasme glottique, malgré le volume énorme de la production morbide.

Cette tolérance de certains malades pour les instruments s'explique assez facilement par l'existence même du néoplasme qui habitue en quelque sorte peu à peu la muqueuse du larynx à la présence de corps étrangers dans l'intérieur de cet organe.

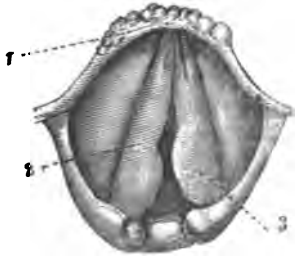
Bien que ces premiers faits n'aient de remarquable que le volume excessif auquel étaient arrivées les tumeurs, ils viennent cependant confirmer l'assertion que j'ai émise au début de cette note, à savoir que l'opération endo-laryngée doit aujourd'hui remplacer l'opération par *les voies* externes (laryngotomie, thyrotomie, etc.). C'est là une loi à établir et ce n'est que si la suffocation était imminente, que l'on serait autorisé à ouvrir une voie à l'air en pratiquant *la trachéotomie* pour recourir ensuite à l'opération de la, ou des tumeurs, par la voie buccale. La trachéotomie, en effet, faite pour des cas de ce genre, n'expose pour ainsi dire pas la vie du malade et permet d'éviter les complications inévitables de la laryngotomie, même en admettant que cette dernière soit couronnée de succès. L'ouverture du larynx est, à mon avis, une mauvaise opération, même dans les cas de tumeurs malignes de cet organe, où elle est alors une opération incomplète, et partant inutile. J'ai eu du reste l'occasion de vous rapporter, dans une précédente séance, un fait de cette nature avec toutes ses conséquences désastreuses.

La troisième observation que je désire vous communiquer présente surtout de l'intérêt à cause de sa rareté et de la disposition qu'affectait la tumeur dans l'intérieur de l'organe vocal.

Obs. III. — **Polypes muqueux insérés sur toute la longueur des deux cordes vocales et simulant un œdème de ces dernières.**

Il s'agit d'un capitaine de navire, M. X., âgé de quarante-cinq ans, qui vint me consulter au mois de juin dernier pour une aphonie à peu près complète. Il se plaignait aussi d'un peu d'essoufflement quand il montait un escalier ou marchait un peu vite. État général bon.

Antécédents morbides. — Syphilis contractée il y a environ vingt ans, dont il a eu quelques retours en 1873. Il fut soigné à cette époque par notre regretté collègue, le Dr Krishaber, pour une altération de la muqueuse épiglottique, et déjà à cette époque existait du côté gauche une petite tumeur laryngienne qui ne fut du reste nullement influencée par le traitement. Depuis ce moment il a suivi à divers intervalles un traitement spécifique et n'a plus eu d'accidents diathésiques.



1. Épiglotte présentant des points de cicatrice fibreuse sur son bord libre. — 2 et 3. Cordes vocales inférieures offrant sur leur bord libre deux polypes muqueux à peu près symétriques.

A l'examen laryngoscopique je constate d'abord que l'épiglotte est un peu échancrée sur son bord libre où l'on voit encore une cicatrice bien nette. La muqueuse des replis ary-épiglottiques et celle des bandes ventriculaires est saine, mais sur les deux cordes vocales existent deux tumeurs allongées, s'insérant d'une manière à peu près symétrique sur le bord libre des deux rubans vocaux. Elles sont d'aspect

lisse, uni, à peine rosé, ou plutôt grisâtre, gélatineuses, se déprimant un peu au moment des efforts de phonation faits par le malade. Sessiles sur la muqueuse où elles sont implantées, elles semblent presque se continuer avec la face supérieure des rubans vocaux. Au moment de l'inspiration elles retombent en partie dans l'intérieur du larynx, surtout celle du côté gauche qui est un peu plus développée que sa congénère. On croirait au premier aspect avoir sous les yeux un cas d'atonie des cordes vocales, analogue au fait rapporté par le Dr Masseï (cité par J. Charazac).

Mais la marche du néoplasme, sa durée et même son aspect ne permettent guère d'hésiter sur la nature de ces deux néoplasmes.

Je propose donc au malade l'extirpation de ces tumeurs, que j'ai pratiquée en plusieurs séances et assez facilement, grâce à l'emploi du chlorhydrate de cocaïne.

Un mois après, le malade quitte Bordeaux avec une voix enrouée, mais cependant assez améliorée, et satisfait du résultat obtenu.

Ce dernier fait m'a donc paru intéressant à cause de sa rareté et surtout de la ressemblance qu'offraient ces néoplasmes avec l'œdème limité aux rubans vocaux. Mais l'ablation par morceaux, sa longue durée et enfin sa disparition lente, ne se faisant qu'après l'ablation du néoplasme avec la pince, sont des éléments qui suffiront amplement pour qu'il me paraisse inutile d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux affections absolument distinctes du reste.

MYXOME HYALIN DE LA CORDE VOCALE INFÉRIEURE GAUCHE.

Observation publiée par le Dr Eugène EEMAN, de Gand.

Le myxome hyalin constitue certainement une des tumeurs laryngées les plus rares. A l'heure actuelle, la science ne possède que deux observations de cette variété de néoplasme. La première a été rapportée par Victor

V. Bruns (*Dreiundzwanzig neue Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfes zweite Ausgabe*, Tübingen 1873. Dritte Beobachtung).

Nous devons la seconde à Morell Mackenzie (*Growths in the Larynx*, London, 1871. Case 99). Encore s'agit-il dans ce dernier cas d'une tumeur mixte, dont une partie seulement était myxomateuse.

Ayant eu la bonne fortune d'observer un cas de myxome hyalin de la corde vocale inférieure gauche, je fis paraître dans l'*Internationales Centralblatt für Laryngologie*, Jahrgang I, n° 2, une lettre par laquelle je priais mes confrères, de vouloir bien me signaler les observations déjà publiées, qui auraient pu échapper à mes recherches.

Le résultat négatif de cet appel me permit de conclure que les deux cas cités plus haut sont les seuls décrits jusqu'à ce jour.

Cependant la note insérée dans le *Centralblatt* me valut deux communications au sujet du myxome laryngé.

Le Docteur M. Schmidt, de Francfort, me fait savoir (lettre du 1er août 1884) qu'il a observé l'année précédente, un cas de myxome de la corde vocale inférieure gauche, présentant la plus grande ressemblance avec celui de Bruns.

Le Docteur B. Tauber, de Cincinnati, d'autre part, m'apprend (lettre du 21 août 1884) qu'il a tout récemment opéré une tumeur occupant toute la face linguale de l'épiglotte. L'examen microscopique a fait reconnaître qu'il s'agissait d'un myxome.

Je remercie bien sincèrement ces distingués confrères de leur intéressante communication.

L'extrême rareté du cas que j'ai observé, me décide à en publier la relation, bien que, pour des raisons qui seront développées au cours de ce travail, je ne sois pas parvenu encore à obtenir la guérison radicale.

Rosalie Van Ende, 43 ans, célibataire, servante, née à Calken et demeurant à Gand, me consulte le 1er septembre

1883, au sujet d'une raucité de la voix dont elle est atteinte depuis quelque temps. Le début du mal remonte au mois de février dernier. Sans cause connue, la voix jusqu'alors forte et bien timbrée est de temps en temps moins claire pendant quelques jours. Au mois de mai la raucité devient permanente. La malade consulte alors un confrère qui, sans recourir au miroir laryngé, institue le traitement de la laryngite chronique. La santé générale est excellente ; je ne trouve à signaler dans les antécédents de la malade aucune affection sérieuse. Il m'est affirmé de la façon la plus catégorique, que jusqu'au mois de février dernier, la voix n'a jamais subi la moindre altération. L'examen laryngoscopique fait aussitôt reconnaître la cause du léger enrouement dont se plaint la malade. Au niveau de la moitié antérieure du bord libre de la corde vocale inférieure gauche, faisant saillie de 2 millimètres environ dans la fente glottique, se dessine une petite tumeur de coloration grise légèrement rosée, à surface parfaitement lisse et arrondie ; elle présente très nettement un certain degré de transparence ; au voisinage de la tumeur, la corde vocale gauche est un peu congestionnée ; un petit vaisseau, très apparent, suit l'axe de la corde dans ses deux tiers antérieurs. Le reste du larynx est normal.

Lorsque je voulus compléter l'examen par l'emploi de la sonde laryngée, je me heurtai à une difficulté que je rencontrais pour la première fois. Il existe chez le malade une tendance absolument insurmontable à exécuter des mouvements de déglutition. Le miroir est parfaitement toléré ; quelque prolongé que soit l'examen, il ne détermine ni nausées ni efforts de vomissement. La malade n'accuse aucune gêne, mais à peine le miroir est-il en place depuis quelques secondes, qu'il se produit brusquement un abaissement du voile du palais. La contraction musculaire est très rapide; le voile se relâche aussitôt, mais le miroir est absolument souillé et l'examen doit être repris.

L'abaissement du voile se reproduit à intervalles plus ou moins rapprochés avec une régularité frappante. A certains

jours deux contractions consécutives sont séparées par 3 secondes; à d'autres moments la durée intermédiaire est de 5 à 6 secondes sans dépasser jamais le chiffre 10. Avec quelque patience, il est facile de surmonter cet obstacle et de profiter de l'intervalle de relâchement musculaire, pour pratiquer l'examen; mais il en est tout autrement lorsqu'il s'agit d'exécuter un manœuvre endo-laryngée, et je ne crains pas d'affirmer que, parmi les obstacles que peuvent rencontrer l'examen laryngoscopique et les opérations endo-laryngées, celui-ci est l'un des plus fâcheux.

Je n'ai pu, par aucun moyen, diminuer cette tendance aux contractions du voile; elles se produisent même, et absolument avec la même intensité et la même fréquence, lorsque le miroir n'est pas introduit, et que l'on se borne à éclairer le fond de la gorge. Il est à remarquer que jamais, au cours d'une longue observation, je n'ai pu constater une sécrétion exagérée des glandes muqueuses de la région.

Dans l'impossibilité de m'assurer d'une façon bien précise, par l'emploi de la sonde, de la consistance de la tumeur, et me basant surtout sur la transparence qu'elle présentait à un certain degré, je crus devoir poser le diagnostic de « Kystôme de la corde vocale inférieure gauche » ; à ce moment, j'espérais encore pouvoir vaincre l'obstacle dont j'ai parlé et je me décidai à pratiquer l'incision de la paroi du kyste à l'aide du couteau caché de Schrœtter.

Au cours de l'entraînement auquel je soumis la malade, je vis la tumeur se développer sous mes yeux.

30 octobre 1883. — Voix beaucoup moins bonne, bitonale; léger accroissement du volume de la tumeur; la malade accuse une sensation très nette de chatouillement à la gorge. Invitée à en indiquer le siège exact, elle porte le doigt sur la lame gauche du cartilage thyroïde, à la hauteur des cordes vocales inférieures, à un centimètre environ de l'angle de réunion des deux lames thyroïdiennes. Ce chatouillement provoque une toux sèche, peu fréquente.

Avril 1884. — La tumeur s'est considérablement développée; elle a le volume d'une forte groseille. La coloration,

la semi-transparence ne sont guère modifiées. Voix « crapuleuse ». Depuis quelque temps et à intervalles éloignés, légers accès de dyspnée, la nuit. En présence de mon excellent confrère, le Docteur Van Imschoot, je parviens à pratiquer une incision nette, avec le couteau caché de Schrœtter, au milieu de la tumeur. Il s'écoule quelques gouttes de sang; entre les lèvres distendues de la petite plaie, se présente une masse molle, grise, légèrement jaunâtre, ayant l'aspect de la gelée. Quelques jours après la plaie est cicatrisée.

28 avril 1884. — Assisté du Docteur Van Imschoot, j'essaie d'atteindre la tumeur par la méthode sous-cutanée de Rossbach. Au moment, où, guidé par le miroir, le couteau arrive au conctact de la tumeur, les mouvements de déglutition se produisent avec une violence extrême. Cette tentative échoue comme la précédente; la douleur a été presque nulle et, grâce aux précautions antiseptiques, la petite plaie est fermée au bout de 2 ou 3 jours.

16 mai 1884. — La tumeur a le volume d'une petite cerise, arrive au contact de la corde vocale supérieure droite et cache entièrement la corde vocale inférieure droite dans la moitié de sa longueur. Elle est opaque, parfaitement lisse; à la surface se dessine une arborisation vasculaire très fine. Légère dyspnée; aphonie complète.

21 mai 1884. — L'image laryngoscopique est entièrement modifiée. L'accroissement se fait avec une grande rapidité. La corde vocale inférieure droite est visible dans toute son étendue; la tumeur a passé en partie dans la région sous-glottique. En faisant exécuter une expiration énergique, je constate une dépression linéaire très accusée, au niveau du point où la tumeur est saisie entre les cordes vocales. La dyspnée augmente. A l'aide de la pince latérale de Fauvel, j'enlève un fragment important de la tumeur; il se produit aussitôt un bruit de drapeau intense et la dyspnée diminue.

De nouvelles tentatives opératoires échouent complètement. L'après-midi du même jour, j'arrache encore deux portions considérables de la tumeur. La voix revient avec les caractères qu'elle présentait en avril.

23 mai. — Nouvelle opération.

26 mai. — Laryngite traumatique très légère.

29 mai. — Il reste deux portions de la tumeur. Une antérieure au niveau de la partie tout à fait antérieure de la corde gauche. Elle a le volume d'une grosse tête d'épingle ; l'autre partie occupe le tiers moyen du bord libre; entre les deux la corde a repris l'aspect normal.

11 juin. — Le fragment antérieur a disparu. J'enlève le dernier reste de la tumeur. Quelques jours après, je trouve le larynx normal; le bord de la corde est lisse, rectiligne. La malade se plaint d'éprouver de temps en temps une douleur légère au niveau du larynx.

Cet état de guérison apparente se maintient jusqu'en novembre 1884. La malade me revient assez fortement enrouée. La tumeur (l'analyse microscopique avait fait reconnaître qu'il s'agissait non d'un kyste à contenu colloïde, mais d'un myxome hyalin) présente environ le volume qu'elle avait acquis en avril dernier. Elle est plus rouge qu'à cette époque et absolument opaque.

6 janvier 1885. — Je pratique l'anesthésie locale à l'aide d'une solution de chlorydrate de cocaïne (20 °/₀). Les contractions du voile ne furent pas supprimées, mais elles devinrent sensiblement moins fréquentes. Je pus enlever tout le néoplasme en une séance et me servis de l'acide chromique pour la cautérisation consécutive.

Quelques jours après, larynx normal; mais cette fois encore la guérison fut passagère. Déjà en avril 1885 la voix a perdu sa clarté. L'examen laryngoscopique me fait comprendre la raison de ces échecs successifs ; ce n'est pas seulement du bord libre de la corde que part le néoplasme, mais encore de sa face inférieure, immédiatement en dessous du bord. Grâce à la cocaïne, l'opération est accomplie en une séance avec une facilité relative; je me sers du galvano-cautère pour obtenir une cautérisation profonde. Je n'ai pu cependant détruire tout le tissu myxomateux, car la malade me revient en septembre 1885. Voix bitonale, légère dyspnée, douleurs vagues, fugaces au niveau du larynx. Les opérations antérieures ont cependant

amené un résultat définitif : le tiers antérieur de la corde vocale inférieure gauche est entièrement normal. La tumeur se développe au niveau du tiers moyen. Elle est très régulièrement hémisphérique, grisâtre, semi-transparente, du volume d'un demi-pois environ. L'anesthésie locale (cocaïne 15 °/o) est pratiquée le 24 octobre 1885, et dès la première tentative la tumeur est entièrement enlevée. Le 18 novembre, je trouve le larynx normal; la voix est excellente mais les douleurs légères, se produisant surtout la nuit, persistent encore.

Tous ceux qui ont l'habitude des opérations endolaryngées, comprendront combien il est difficile dans l'espèce, de détruire radicalement tout le tissu néoplasique à la face inférieure de la corde. J'ai abandonné tout espoir d'arriver au but par l'emploi des agents chimiques et du galvano-cautère, et me suis décidé à recourir à la méthode introduite dans la science par Voltolini. Le siège du tissu à détruire et sa consistance molle me paraissent justifier l'emploi de l'éponge laryngée suivant le procédé de Voltolini. Si cette nouvelle tentative n'amenait pas le résultat désiré, il resterait la ressource de la thyrotomie. Mais, je ne m'y déciderai qu'à la dernière extrémité, puisque, grâce à la cocaïne, il est devenu assez facile d'enlever en une séance toutes les parties visibles de la tumeur.

Mon distingué confrère, le docteur Van Duyse, auquel j'exprime ici tous mes remercîments, a bien voulu me communiquer une note détaillée de l'examen histologique de la tumeur.

Examen de la tumeur (Dr Van Duyse)

Tumeur reçue par fragments, savoir :

23 mai 1884. — Deux fragments dont l'un mesure approximativement 8mm de longueur sur 3 1/2 de largeur et 3 à 4 d'épaisseur.

26 mai 1884. — Fragment de forme irrégulière de

8mm de longueur sur 5 de largeur et 2 à 2 1/2 d'épaisseur. *Il simule à première vue une enveloppe kystique avec contenu muqueux.*

Au début de juin il m'a été remis encore un dernier fragment.

Notre analyse a spécialement porté sur les fragments remis le 23 mai ; l'un d'eux que j'ai reçu avec l'indication « contenu cystique » est exclusivement constitué par du tissu de myxome. Le fragment du 26 mai avait une surface lisse, blanche, formant une espèce de coque résistante au toucher avec l'aiguille à dissocier, contrastant avec la masse blanc-rougeâtre, de consistance très molle, d'aspect colloïde ou gélatineux, qu'elle circonscrit en partie.

Examen histologique

Les fragments du néoplasme ont été, d'une part, traités par la liqueur de Müller, section au microtome à glace, picrocarminate d'NH_3 et glycérine, ou éosine-hématoxylique et glycérine. D'autre part, les préparations obtenues à la suite d'un durcissement par l'acide osmique ou l'alcool ont été beaucoup moins démonstratives.

Le revêtement épithélial qui existe à la surface de la tumeur, d'une épaisseur variable (0mm,08 à 0mm,17), présente beaucoup de ressemblance avec le réseau de Malpighi. Dans sa profondeur, des cellules cubo-cylindriques séparent l'épithélium du derme sous-jacent; on rencontre ensuite, en allant vers la surface, des éléments polygonaux qui s'aplatissent progressivement, perdent leur noyau et deviennent écailleux à la surface. En certains points le revêtement subit la dégénérescence cornée et apparaît sous forme de couche épaisse, fortement réfringente, à stries noires (vacuoles) longitudinales. En d'autres points, le revêtement épithélial s'est, pendant la préparation, détaché en bloc du derme sous-jacent. Nulle part je n'ai observé de membrane homogène entre l'épithélium et le derme (Voir Thèse de Coyne, *Recherches sur l'analomie normale de la muqueuse du larynx.*

Paris 1874, p. 10). Tantôt la couche dermique sous-épithéliale se distingue comme surface uniforme, tantôt elle s'élève sous forme de papilles espacées et de petites dimensions, sans que l'on puisse démontrer des anses vasculaires dans ces dernières.

Dans la partie superficielle du derme, le tissu connectif est caractérisé par la présence de cellules arrondies et d'un grand nombre de cellules fusiformes très serrées en quelques points et affectant ici une disposition parallèle à la surface de la muqueuse. Dans cette partie superficielle, on trouve également des capillaires volumineux et un très grand nombre d'hématies disséminées entre les éléments conjonctifs. Il est à remarquer que dans aucune préparation, on n'observe de figures correspondant à des follicules clos décrits par Coyne, pas plus que des glandes muqueuses.

A une faible profondeur du derme, et sans transition sensible, le tissu devient franchement muqueux. Toute la masse profonde de la tumeur, la partie profonde de tous les fragments est constituée par du tissu muqueux hyalin.

Dans la substance fondamentale, le plus souvent amorphe et claire, sont plongées en grand nombre, les cellules de trois formes, habituellement rencontrées dans les myxomes : elles sont arrondies, fusiformes ou étoilées. Ces dernières, les moins abondantes, à prolongements ramifiés, affectent parfois des dimensions considérables.

Les noyaux des cellules fusiformes sont généralement ovalaires et ont de 7 à 13 μ suivant leur grand axe. Ceux des cellules arrondies, de dimension très variable comme le corps protoplasmique qui les enveloppe, sont, pour la plupart, en voie de division, et pris isolément ils sont arrondis.

Tous les noyaux, quelle que soit la forme de l'élément qui les renferme, montrent un réticulum dont les points nodulaires donnent au corpuscule un aspect granulé.

Parmi les éléments fusiformes, il en est qui ont jusqu'à $0^{mm},14$ de longueur, entre les extrémités visibles.

Enfin, beaucoup de ces éléments sont anastomosés. Quant aux vaisseaux très abondants, répartis dans la masse muqueuse, ils appartiennent tous à l'ordre des capillaires (endothélium et gaîne connective qui paraît constituée par les éléments de la tumeur tassés le long de l'endothélium). A l'exclusion de cette espèce d'adventice, caractérisée en quelques points par une rangée unique ou double d'éléments, la plupart fusiformes, les capillaires distendus par les globules sanguins ont en moyenne 18 μ et atteignent en quelques points, par suite de leur dilatation, jusqu'à $0^{mm},08$. Il faut ajouter à cela une dissémination d'hématies dans toutes les parties de la tumeur, due probablement à des extravasations traumatiques (manœuvres de ponction et d'arrachement). Au voisinage de quelques vaisseaux ces extravasations ont été extrêmement abondantes. Ce phénomène est fréquent dans les myxomes, dont les vaisseaux soutenus par un tissu à moitié liquide, se rompent avec une grande facilité.

Dans les fragments, les assises les plus profondes du tissu étant constituées par du tissu myxomateux, il ne m'a pas été donné d'établir sa relation avec la profondeur de la muqueuse de la corde vocale. Il est permis de penser que la tumeur résulte de la transformation du tissu conjonctif dermique en tissu muqueux.

DES TROUBLES DE LA VOIX ARTICULÉE (PAROLE) DANS LES AFFECTIONS DU VOILE DU PALAIS, DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE ET DES FOSSES NASALES,

Par le Dr L. LICHTWITZ,
Chef de la Clinique otologique et laryngologique du Dr E. J. Moure.

Avant d'aborder franchement le sujet que nous nous sommes proposé de traiter, nous allons examiner la part

que prennent à l'état normal les organes de l'articulation, en général, et, en particulier, le voile du palais, les fosses et les arrière-fosses nasales dans la formation de la parole.

I. — Physiologie de l'articulation.

La parole est la voix articulée. La voix est fournie par les cordes vocales, mais son timbre et son articulation se produisent grâce aux organes situés au-dessus du larynx, c'est-à-dire le pharynx, les fosses nasales, le voile du palais, la langue, les joues et les lèvres (1).

Il faut l'intervention d'un acte intellectuel, qui n'existe que chez l'homme et non chez les animaux, pour que ces organes de l'articulation soient mis en mouvement et se modifient. Ces sont ces modifications du canal vocal qui transforment en parole les sons émis par le larynx. Nous pouvons produire la parole même sans que le larynx y prenne part ; c'est ce qui arrive quand nous parlons à voix basse, ou que nous chuchotons. Ici, l'air expiré, passant par la glotte béante, reste aphone et n'est que modifié, c'est-à-dire articulé par la bouche, les dents, la langue, les lèvres, les fosses nasales (2).

Le cas cité par Czermack (3) dans lequel, par suite d'une obstruction complète du larynx, la laryngotomie au-dessous du point obstrué devint nécessaire, montre bien que le larynx n'est pour rien dans l'articulation de la voix. Cette personne, en effet, bien qu'elle ne pût émettre aucun son, réussit, si l'on peut s'exprimer ainsi, à parler un langage silencieux. Elle le produisait à l'aide de l'air enfermé dans la cavité bucco-pharyngienne,

(1) Dans le larynx même, naissent seulement l'*h* et les différents signes de l'*h*, par exemple : le *Hha* et le *Ain* des Arabes. (Kussmaul : *Die Störungen der Sprache*, 3e édition, p. 251.)

(2) Béclard, *Traité de physiologie*, 7e édition, 1884, tome II.

(3) Czermack, Sitzungsbericht der mathematisch-naturwissench. Klasse der K. Academie der Wissensch., Bd. XXXV.

qu'elle savait fort bien condenser et raréfier suivant ses besoins.

Bourguet (1) (cité par Béclard, *loc. cit.*, p. 193) a publié un cas analogue. L'individu dont il s'agit avait essayé de se suicider en se coupant la gorge ; cet homme, qui ne respirait plus par le larynx, mais par une canule placée dans la trachée, pouvait encore, mais avec beaucoup d'efforts, prononcer quelques mots à voix basse. Lorsqu'il se disposait à parler, il exécutait d'abord des mouvements particuliers des joues pour emmagasiner l'air extérieur dans son instrument à parole ; la langue, les dents et les lèvres entraient ensuite en action. Il pouvait parler aussi bien pendant l'inspiration que pendant l'expiration.

L'articulation silencieuse des malades atteints d'une affection du larynx, empêchant les vibrations des cordes vocales, offre encore un exemple de ce genre.

Ce même langage aphone s'observe également chez les malades porteurs de canules et opérés de la trachéotomie ; mais il faut bien remarquer que ce n'est point d'une manière naturelle qu'ils arrivent à parler avec l'air contenu dans leur cavité buccale, mais après un apprentissage quelquefois assez long. Il est évident que nous envisageons ici la série des malades chez lesquels l'obstruction du larynx est telle que le passage de l'air, par cette voie, est devenu impossible, fait assez fréquent dans les cas de tumeurs malignes de l'organe vocal et dont nous avons observé récemment un exemple. Ce dernier malade, atteint d'épithélioma du larynx, ne put arriver à se faire comprendre et à savoir se servir de l'air emmagasiné dans sa bouche, qu'après un apprentissage de plusieurs mois, alors qu'il allait succomber des suites de sa terrible affection.

Enfin, l'inspection directe, chez les personnes ayant une destruction du maxillaire supérieur, a permis de

(1) Bourguet, Résultat de l'oblitération de la glotte chez l'homme, au point de vue de l'acte de la parole. (*Gaz. méd.*, n° 9, 1856.)

constater que le voile du palais faisait les mêmes mouvements, lorsqu'elles parlaient à voix haute ou lorsqu'elles chuchotaient.

Articulation des voyelles et des consonnes. — Le mécanisme de l'articulation des voyelles diffère de celui de l'articulation des consonnes, de même que toute voyelle et toute consonne se produit sous l'influence de différentes formes et de mouvements variés des organes de l'articulation.

D'après Helmholtz, dans l'articulation des voyelles, la cavité naso-pharyngienne prend une forme qui correspond au son propre de chaque voyelle ; la glotte fournit le son, mais le tuyau vocal donne à la voyelle le timbre qui la caractérise.

Pour la formation des demi-voyelles, ou lettres nasales, *m* et *n*, la cavité buccale se ferme en avant en un point déterminé et la cavité naso-pharyngienne et les fosses nasales entrent en communication directe avec la caisse de résonnance. Les consonnes sont le résultat de bruits fournis soit par l'expulsion de l'air avec force par le tuyau vocal préalablement fermé, soit par l'écoulement de l'air au dehors, certaines parties de la cavité bucco-pharyngienne étant rétrécies.

Les consonnes formées de la première manière, sont les consonnes non soutenues et l'on donne à la plupart d'entre elles le nom d'explosives, telles sont : *b*, *d*, *g* (1), *k*, *p*, *q* *t* ; dans *b* et *p*, c'est l'occlusion des lèvres suivie de l'ouverture subite du conduit vocal qui produit leur articulation. La prononciation du *d* et du *t* est formée par la pointe de la langue qui se détache des dents ou de la partie antérieure de la voûte palatine contre lesquelles elle avait été préalablement appliquée. L'articulation de *k*, *g*, *q*, est produite par le détachement de la base de la

(1) Toutes les fois que nous mettrons *g*, nous aurons en vue le *g* allemand que l'on prononce : *gué*.

langue appliquée sur le palais (Wundt (1) et Béclard, *loc. cit.*, p. 199).

Les consonnes formées par l'écoulement de l'air, certaines parties de la cavité bucco-pharyngienne rétrécies, sont les consonnes soutenues *s*, *ch*, *f*, *v*. *z*, *j*, *th* (des Anglais) qui sont aussi appelées, en grande partie, consonnes sifflantes.

Voyons maintenant quel est le rôle que jouent spécialement le voile du palais, la cavité naso-pharyngienne et les fosses nasales dans la formation des différents signes de la parole.

A. *Rôle du voile du palais.*— Passavant (2), se basant sur des expériences faites chez des individus atteints de grandes pertes de substance de l'os palatin (gueule de loup), a émis l'opinion que le voile du palais, pendant la prononciation de toutes les lettres de l'alphabet (les nasales exceptées), sépare *complètement* la cavité naso-pharyngienne du pharynx. Cette fermeture complète s'effectuerait de telle sorte que le voile palatin, en se relevant, formerait un angle de plus en plus aigu prenant la forme d'un dôme ogival, en se rapprochant de la paroi postérieure du pharynx. Il se formerait en même temps, sur cette dernière, au niveau du point où le voile du palais est le plus rapproché du pharynx, et par l'action isolée du constricteur supérieur du pharynx (ptérygo-pharyngien), un bourrelet horizontal et demi-circulaire sur lequel s'appliquerait la face postérieure du voile du palais, complétant ainsi la fermeture de la cavité naso-pharyngienne.

Cette opinion de la séparation complète de la cavité des arrière-fosses nasales d'avec le pharynx pendant la prononciation de toutes les lettres (excepté les nasales)

(1) Wundt, *Traité élémentaire de physique médicale*, traduit pnr F. Monoyer, p, 244 (Paris, 1871).

(2) Passavant, Ueber die Verschliessung des Mundes beim Sprechen. Dissert. Francfort, 1863, et *Virchow's Archiv fur pathol. Anat. und Physiol.*, Bd. XLVI, Heft 1.

fut bientôt combattue par divers auteurs, surtout en ce qui concerne la prononciation de certaines voyelles et la formation de ce bourrelet transversal.

Ces derniers employèrent des méthodes d'observation différentes de celles sur lesquelles s'était basé M. Passavant. Ils n'étudièrent plus les mouvements du voile du palais chez des personnes présentant une large fente de la voûte palatine avec fissure du voile du palais, car dans les cas de ce genre les points d'insertion des muscles palatins ne sont plus les mêmes qu'à l'état normal. Ils firent, au contraire, leurs expériences, soit chez des individus dont le voile du palais et le pharynx étaient intacts, mais chez lesquels l'ou pouvait observer le jeu de ces organes par en haut, en raison d'une grande perte de substance du maxillaire, soit chez des personnes ayant une rhinite atrophique très prononcée et chez lesquelles il était possible de pratiquer, par le nez, l'inspection du voile et de la paroi postérieure du pharynx, soit par d'autres méthodes encore.

Avant le travail de Passavant, Bidder (1) et Schuh (2) avaient déjà eu l'occasion de pratiquer chacun de leur côté, par la partie supérieure, l'inspection de la cavité naso-pharyngienne chez un malade atteint de destruction du maxillaire supérieur.

Schuh observa alors que le voile du palais se relevait lors de la prononciation des voyelles, et restait dans cette position pendant toute la durée du son.

Dans la lettre *a*, il n'atteint pas le niveau du plancher des fosses nasales, dans les lettres *o* et *e* il dépasse ce niveau et arrive à sa plus grande hauteur, lorsqu'on prononce *ou* et *i*.

Pour l'émission des consonnes (excepté *m* et *n*), il s'élève aussi, surtout pour la consonne *k*. Si l'on fait, dit

(1) Bidder, Neue Beobahtungen uber die Bewegungen des weichen Gaumens u. uber den Geruchsinn (Dorpat, 1838).

(2) Schuh, Uber die Bewegungen des weichen Gaumens beim Sprechen und Schlucken beobachtet nach der Extirpation eines Aftergebildes in der Nase (*Wiener medic. Wochenschrift.*, 1858, p. 33-36, n° 3).

l'auteur, une injection d'eau par le nez, elle retombe dans la gorge lorsqu'on fait prononcer la voyelle *a*, mais il n'en est pas de même pour les autres voyelles.

Gentzen (1) et Falkson (2), prirent le tracé sphygmographique des mouvements du voile sur deux individus chez lesquels on avait mis à nu la cavité naso-pharyngienne en enlevant une tumeur de l'orbite. Ils trouvèrent tous les deux que le voile du palais, en émettant la voyelle *a*, n'atteignait que la position horizontale. Dans l'*e* et l'*o* il montait davantage et arrivait à sa plus grande hauteur en prononçant l'*i* et l'*ou*. Dans l'émission des nasales *m* et *n* sans voyelles le voile ne bougeait pas.

Pour les consonnes explosives il montait, d'après l'observation de Falkson, au moins, tout aussi haut, même encore plus que pour la prononciation de l'*ou*, tandis que pour les consonnes sifflantes, il ne s'élevait pas tout à fait autant, mais la différence était peu sensible.

Dans *l*, *s*, et surtout dans *r*, le voile du palais était animé de tremblements bien nets.

Gentzen, dans son cas, ne voyait pas cette différence de l'élévation du voile pour les différentes consonnes. D'après lui, pour toutes les consonnes, le voile montait aussi haut que pour la voyelle *ou*. Quant au bourrelet horizontal, il apparut dans le cas de Gentzen, mais il fut très peu visible dans celui de Falkson.

Pour ce qui concerne la fermeture complète, le premier de ces auteurs prétend l'avoir vue dans son cas, tandis que l'autre dit que chez son malade, même lors de la prononciation des consonnes, il existait une communication entre les pharynx nasal et buccal.

Voltolini (3), le premier, examina la cavité naso-pharyn-

(1) Gentzen, Beobachtungen am weichen Gaumen nach Entfernung einer Geschwulst in der Augenhöhle. Kœnigsberg, 1876.

(2) Falkson, Beitrag zur Functionslehre des weichen Gaumens (*Virchow's Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd LXXIX, 1880, p. 477).

(3) Voltolini, Die Rhinoskopie und Pharyngoskopie (2e édition, Breslau 1879) et Zur Function der Tuba Eustachii (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, nº 3, 1868.)

gienne en regardant par le nez, les cornets étant atrophiés, Michel (1) et Zaufal (2) vinrent ensuite.

D'après ses expériences faites en introduisant par le nez, un petit miroir dans le pharynx nasal, Voltolini croit pouvoir nier la fermeture complète de la cavité naso-phayngienne pendant la phonation, et dit avoir vu la formation du bourrelet de Passavant. Dans la prononciation de l'*a*, le voile subissait une ascension moindre que dans l'émission de l'*e* et il s'élevait plus pour la prononciation de l'*o* et plus encore pour celle de l'*i* et de l'*ou*.

Pour toutes les consonnes, il irait, d'après cet auteur, à la même hauteur que pour la voyelle *e*. Les petites différences qui parfois se montrent dans la prononciation des consonnes seraient probablement dues à l'énergie différente avec laquelle on les avait émises. Michel observe qu'il a pu voir et étudier les mouvements du voile du palais pendant la phonation à l'aide d'un miroir de 1 centimètre 1/2 de diamètre, porté par le nez sur la voûte du pharynx, chez un malade dans le nez duquel tous les cornets et la cloison osseuse manquaient. Cet examen lui permit de constater que la voix chantée ou articulée, ne faisait pas apparaître le bourrelet transversal et horizontal sur la paroi postérieure du pharynx.

Se basant sur ce fait et sur plusieurs cas pathologiques, cet auteur combat la théorie de Passavant, qui prétend que le constricteur supérieur du pharynx est le muscle de la parole. D'après Michel, « le bourrelet transversal est un phénomène, non pas physiologique mais pathologique qui n'apparaît qu'en cas d'absence, de parésie ou de paralysie du voile palatin. »

Zaufal (*loc. cit.*, p. 136 et 137) trouva que le voile du pa-

(1) Michel, *Berliner Klin. Wochenschr.* (N° 34, 1873 et N° 41, 1875) et : *Du traitement des maladies de la gorge et du larynx* (traduit de l'allemand par R. Calmettes, 1884).

(2) Zaufal, Die normale Beobachtung der Rachenmündung der Eustachischen Röhre *(Arch. für Ohrenheilk.*, 1875 et 1876, IX et X Bd.)

lais s'élevait jusqu'au niveau de la voûte palatine en émettant la voyelle *a*, et qu'il faisait les mêmes mouvements plus accentués dans l'émission des lettres *i* et *e*, mais plus petits dans celle de l'*o* et de l'*ou*. Dans la prononciation des consonnes, la modification du voile correspondait à celle des voyelles dont elles étaient accompagnées, mais elle était la plus faible pour l'*m* et l'*n*.

Pieniazek (1) observa, à l'examen rhinoscopique postérieur, qu'il existe une élévation du voile du palais dans l'émission de toutes les lettres (excepté *m* et *n*). Mais d'après lui, le voile ne s'accolerait jamais complètement à la paroi postérieure du pharynx. Le maximum d'espace existerait pour la prononciation de la voyelle *a*, le minimum pour *o* et *ou*.

Hartmann (2) essaya de mesurer la force de la fermeture du voile du palais dans l'émission des différentes lettres en déterminant la force exacte que devrait avoir l'air insufflé par le nez, pour rompre cette fermeture. Il trouva que pour toutes les voyelles, excepté pour *a*, il se produisait une fermeture par le voile du palais. La force de résistance pour les consonnes *v* (*w* allemand), *r* et *l* était la même que pour les voyelles. Elle était plus grande dans la prononciation de *s* et *ch* (*sch* allemand) et atteignait son maximum pour le *k*.

Il résulte de ces différentes expériences dont nous ne pouvons discuter ici la valeur que généralement dans la formation de toutes les consonnes (excepté *m* et *n*), le voile du palais s'élève en haut et vient s'appliquer, plus ou moins, contre la paroi postérieure du pharynx sur laquelle, à l'état normal, on ne trouve pas toujours le bourrelet transversal de Passavant. Des mouvements analo-

(1) Pieniazek, Die Ursachen und Bedeutung der nœselnden Sprache (*Wiener med. Blætter*, nos 23 et 24, 1878.)

(2) Hartmann, Uber das Verhalten des Gaumensegels bei der Artikulation und über die Diagnose der Gaumensegelparese (*Centralbl. f. d. med. Wissench.*, no 15, 1880).

gues du voile accompagnent aussi la prononciation des voyelles, mais ils sont moins marqués, surtout pour l'articulation de l'*a*. Il est même des personnes qui en prononçant la lettre *a* élèvent leur voile du palais ou le laissent immobile sans que le timbre de cette voyelle soit modifié.

Aussi en disant que l'application du voile contre la paroi postérieure du pharynx se fait d'une manière « plus ou moins complète », nous voulons bien indiquer que nous laissons en suspens la question de savoir si la fermeture palatine se fait exactement comme le disent les uns, ou bien comme l'ont avancé Voltolini, Falkson et récemment B. Fraenkel (1). Il nous suffit, du reste, pour notre travail, de constater qu'une fermeture relative a lieu lorsqu'on prononce les consonnes. Aussi, toutes les fois que nous parlerons dans le cours de notre article de fermeture palatine, nous ferons toujours cette restriction. Quant au bourrelet horizontal, nous croyons, avec Voltolini, qu'il est individuel, c'est-à-dire qu'il se montre là où il s'agit de suppléer à un voile trop court, ou à une largeur exagérée du pharynx.

Nous verrons plus loin, d'après la façon dont est altéré l'alphabet chez les individus atteints de perte de substance, congénitale ou acquise, de paralysie et de parésie du voile du palais, que si cette occlusion de la soupape palatine se produit pour toutes les lettres, *m* et *n* excepté, *elle n'est absolument nécessaire* que pour l'émission des consonnes explosives. Certaines consonnes soutenues au contraire sont bien prononcées quoique cette occlusion fasse défaut (2).

(1) *Wiener medic. Wochensch.*, n° 15, 1885.

(2) C'est surtout sur la fermeture du pharynx nasal pendant la prononciation de la lettre *k* que Gruber (*Wien. med. Zeit.*, 1875) a basé son procédé d'insufflation d'air dans la caisse du tympan en faisant dire aux malades « hick » ou « huck ».—Lucae, au contraire (*Virch. Archiv*, 1875, Bd 64, p. 503), leur faisait émettre un *a* très longtemps soutenu. D'après ce que nous avons dit plus haut sur les mouvements du voile dans la prononciation de cette lettre, il résulte que ce procédé est plus défectueux que celui de Gruber. De même que ce dernier est inférieur à celui de Politzer, étant donné que dans la déglutition l'occlusion de la soupape palatine est encore plus parfaite que pendant la phonation.

Bien que l'opinion émise par Passavant sur la fonction du voile du palais ait été modifiée comme nous venons de le voir, cet organe est, néanmoins, d'une grande importance dans l'articulation de la voix.

B. *Rôle de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales.*— La cavité naso-pharyngienne et les fosses nasales jouent dans l'articulation du son le rôle de cavités de résonnance.

Dans la prononciation de l'*m* et de l'*n*, ces cavités, entrant en communication avec le canal vocal, l'air qu'il contient est mis directement en vibration. Mais dans l'émission des autres lettres de l'alphabet, l'air de ces cavités est mis en vibration, en grande partie, par les ondulations du voile du palais lui-même.

Dans la cavité naso-pharyngienne et dans le nez se forment les harmoniques qui, s'associant aux sons glottiques, contribuent pour la plus large part à la production du timbre normal et harmonieux de la voix. *(A suivre.)*

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite*)

par **J. BARATOUX** (1).

Accidents syphilitiques de l'oreille interne.

Si Astruc a signalé, en 1740, qu'il pouvait exister des exostoses des canaux du rocher occasionnant une obstruction des nerfs; si Itard, Briquet, Rayer, Roquette, Sandras, Toynbee, Lagneau, Zeissl, Hinton, etc., ont observé des tumeurs, ou des épanchements de la base du crâne déterminant les lésions du labyrinthe, il faut toutefois arriver jusqu'à nos jours avec Troeltsch, Gruber, Schwartze, Knapp, Moos, Sexton, Saint-John Roosa, Politzer, Dalby, Hartmann, Webster et Pomeroy pour trouver des faits bien observés qui vont nous permettre, avec les faits observés par nous, de donner une description de l'otite interne.

La syphilis de l'oreille interne est une affection tardive

(1) Voir *Revue*, n° 11, novembre 1885.

qui apparaît généralement un an ou deux ans après le début de la maladie, c'est-à-dire à la fin de la deuxième période ou dans le cours de la troisième. Cependant Sexton a cité un cas dans lequel elle serait survenue dès le sixième mois de l'infection vénérienne.

Il nous paraît difficile d'établir entre les accidents secondaires et tertiaires une délimitation bien nette, attendu qu'outre son peu d'intérêt pratique, elle ne serait pas basée sur l'anatomie pathologique ou la symptomatologie, les lésions et les symptômes étant absolument les mêmes dans les deux cas, excepté cependant lorsqu'il s'agit de gommes osseuses atteignant le labyrinthe, comme nous l'avons signalé précédemment.

En ne considérant que les lésions propres du labyrinthe, *lésions intralabyrinthiques*, nous dirons que la syphylis peut atteindre l'oreille interne primitivement, sans qu'il y ait d'autres altérations des diverses parties de l'ouïe (Knapp, Moss), ou consécutivement à une affection de l'oreille moyenne.

En effet, cette otite interne peut débuter par les symptômes d'une inflammation chronique non purulente de la caisse, soit par des accidents analogues à ceux qui déterminent une surdité nerveuse dans le cours d'une sclérose, ou encore par propagation au labyrinthe de l'affection, grâce aux communications vasculaires qui relient la caisse et le limaçon au niveau des fenêtres. En effet, d'après Roosa, ce serait pas ces vaisseaux qui ramperaient le long de la paroi externe du labyrinthe que l'inflammation gagnerait l'oreille interne.

Lorsque l'otite interne est isolée, tantôt le nerf auditif serait seul atteint (Braun), tantôt les troubles seraient produits par des lésions osseuses ou congestives des parois labyrinthiques.

Dans certains cas même, le facial serait atteint avec le nerf auditif, soit par suite d'une communication du facial avec le tronc de l'acoustique et le premier tour du limaçon (Seligsohn et Buch), soit par suite des rapports

intimes de l'aqueduc de Fallope avec l'appareil auditif (Braus), ou mieux peut-être par suite d'hyperostose du conduit auditif interne.

Anatomie pathologique. — Sexton pensait que les lésions qui déterminaient la surdité brusque avec vertiges et paralysie faciale n'étaient autres que de simples troubles congestifs de l'oreille moyenne ou encore des granulations de la caisse; mais Saint-John Roosa a démontré que les malades de son confrère étaient atteints de lésions de l'oreille interne.

A son tour, Pierce se demanda si ces symptômes étaient dus à une congestion brusque labyrinthique ou à une périostite des parois, ou encore à une inflammation proliférative de la muqueuse du labyrinthe et pencha même vers cette dernière opinion.

Aujourd'hui, l'on a pu étudier sur le cadavre les altérations de l'oreille interne produites par la syphilis. L'on constate tout d'abord une injection vasculaire des parties molles du labyrinthe (Hinton, Gruber), ainsi qu'un épaississement des membranes qui sont infiltrées de cellules rondes. Un liquide séro-sanguinolent se trouve en abondance dans les cavités où il remplace la lymphe. Gruber se demande si cet état doit être regardé comme une inflammation avec exsudat hémorragique qui se montrerait de préférence chez les syphilitiques. D'après nos propres recherches, nous pouvons confirmer l'opinion de notre maître, car, comme nous le dirons plus loin, nous avons trouvé des lésions vasculaires dans l'oreille interne des syphilitiques.

Le vestibule prend aussi part aux lésions, car son périoste peut être épaissi (Toynbee); de plus, on a observé une hyperplasie cellulaire entre l'os et la paroi membraneuse du vestibule qui est infiltrée de petites cellules rondes et ovales; mais cette infiltration de l'utricule et du saccule n'est pas aussi marquée qu'aux canaux semi-circulaires où les ampoules présentent principalement cette altération.

La platine de l'étrier qui ferme la fenêtre ovale s'ouvrant dans le vestibule est généralement infiltrée de cellules ou encore atteinte de périostite.

Les parois du limaçon se présentent sous un aspect rougeâtre. Souvent les lésions sont localisées à son axe (Politzer). Outre un aspect réticulé par places, l'axe offre des altérations analogues à celles du vestibule : il est infiltré de cellules rondes et de corps volumineux arrondis, ovales et même anguleux (Politzer); les cellules ganglionnaires sont également atteintes et même détruites en partie, ainsi que les nerfs du canal de Rosenthal. La lame spirale osseuse est envahie par la périostite et sa partie membraneuse, de couleur jaune citron (Moss), est épaissie et infiltrée de cellules; la membrane basilaire nous a présenté les mêmes lésions, sa zone pectinée est toutefois moins altérée que les dents de la première rangée. Il n'est pas rare de ne plus pouvoir distinguer les éléments de Corti, tant ceux-ci sont infiltrés.

Nous avons observé, surtout au niveau des nombreuses anses vasculaires qui sont situées sur la paroi du canal de Corti, entre la membrane de Reissner et l'angle spiral, une altération des parois limitée à une faible étendue et occupant généralement tout le pourtour du vaisseau. Celui-ci présente une prolifération vasculaire allant de l'extérieur à l'intérieur et amenant ainsi un rétrécissement de l'artère et par suite une oblitération par caillot fibrineux. Cette artérite qui détermine un changement profond dans la structure de l'artère peut produire une dilatation anévrysmale et même une rupture du vaisseau, d'où hémorrhagie qui peut se répandre dans le canal de Corti et détruire toutes les parties si importantes de cet organe, ou encore pénétrer dans les rampes tympanique et vestibulaire en laissant intact le canal de Corti, comme nous l'avons observé dans un cas.

Nous avons aussi constaté sur un certain nombre de rochers que nous avons disséqués les exostoses des canaux

demi-circulaires et du vestibule. N'ayant pas pu nous procurer les antécédents de ces sujets, il nous est peut-être difficile de rattacher ces lésions à la syphilis, quoique, en nous basant sur les altérations osseuses analogues des autres parties du corps et même du labyrinthe, nous soyons en droit de dire qu'il est plus que probable que la syphilis était la cause de ces lésions.

Symptômes. — Dans le cours de l'affection syphilitique on peut voir survenir des bourdonnements d'oreilles généralement violents et présentant des intermittences de moins en moins fréquentes, pour arriver bientôt à être continus. Ces bruits sont comparables à des sons d'instruments, au chant des oiseaux, au tintement d'une cloche, etc. Il est rare de les voir manquer complètement.

D'autres fois, la maladie du labyrinthe débute par des accès vertigineux. Le patient éprouve une sensation d'ivresse, de lourdeur de tête; les objets semblent tourner autour de lui; sa marche est chancelante et incertaine au point qu'il tombe parfois. Dans certains cas même, on observe des pertes de connaissance. Un de nos malades, chez lequel nous avons assisté au commencement de l'otite interne, nous racontait que c'est en fermant son magasin qu'il a ressenti les premières atteintes de son mal. Étant obligé de lever la tête pour mettre les volets à la devanture, il fut pris d'un tel vertige qu'il dut les poser rapidement à terre et il lui fut impossible de les placer ce soir-là. Les jours suivants, il fut repris de vertige, mais ils allèrent en diminuant; mais en même temps il remarqua qu'il devenait de plus en plus sourd.

En effet, il n'est pas rare de voir les vertiges disparaître en laissant après eux une surdité assez marquée. La diminution de l'acuité auditive peut être brusque ou lente. On l'a vue survenir en une seule nuit; le malade se couchait entendant très bien et au milieu de la nuit il se réveillait complètement sourd. Mais généralement elle n'a pas une marche aussi aiguë; elle se développe

peu à peu, reste quelque temps stationnaire, puis quelques semaines ou quelques mois après, elle s'aggrave subitement. Moos dit avoir observé des cas dans lesquels, dès le sixième jour après l'altération de l'ouïe, la surdité était pour ainsi dire complète, et Politzer l'a également vue atteindre ce degré en trois jours.

Cette surdité qui peut être précédée de troubles oculaires (Webster. Hartmann), par ex., d'irido-choroïdite aiguë avec exsudation séro-albumineuse dans les milieux de l'œil (Knapp), ou encore survenir à l'occasion d'un refroidissement ou à la suite d'un ébranlement même léger du crâne (Trœltsch, Urbantschitsch, Gruber), est telle que la montre n'est plus entendue qu'au contact de l'oreille et que la voix haute est à peine perçue, même lorsqu'on parle près du patient. Cette affection, qui atteint habituellement les deux oreilles à la fois, offre cette particularité qu'on voit assez souvent les malades ne plus percevoir les sons aigus, en particulier les sons sifflants. Les notes de piano semblent fausses, surtout dans les octaves supérieures; quelques patients entendent mieux au milieu du bruit, et M. Fournier croit qu'ils peuvent être atteints d'hyperacousie douloureuse. Cet auteur croit même que ce symptôme est spécial à cette affection.

A l'examen du conduit et du tympan, on ne trouve aucune lésion pouvant expliquer cette surdité si marquée que les malades sont souvent obligés de se servir de cornets acoustiques ou même de faire écrire les questions qu'on leur pose. Les trompes d'Eustache ne présentent aucune altération.

Mais si l'on étudie la perception crânienne, on voit qu'elle fait défaut. En effet, en appliquant la montre sur le crâne comme on le fait habituellement, pour se rendre compte de l'état de la transmission du son par la voie osseuse, le malade répond qu'il ne perçoit plus le tic-tac. De même, en plaçant le diapason en vibration, soit sur les parois du crâne soit sur le vertex, il est entendu fai-

blement et même souvent pas du tout; quoique le malade le perçoive encore par la voie aérienne, c'est-à-dire placé à quelque distance du méat externe (Roosa). De même, en fermant les conduits, le diapason au vertex est mieux entendu de l'oreille la moins malade, si la surdité bilatérale n'est pas complète, et si l'une des oreilles est plus atteinte que l'autre.

Cette absence de la perception crânienne a été signalée par Trœltsch, Hinton et Politzer qui en ont fait un caractère très important pour le diagnostic de l'otite interne syphilitique.

En même temps que ces troubles de l'ouïe, le malade accuse de la céphalalgie et des douleurs ostéoscopes du crâne avec exacerbation nocturne. On peut aussi voir survenir une paralysie faciale, qui cependant est plus fréquente dans la forme que nous étudierons plus tard.

La marche de cette affection est surtout caractérisée par le développement rapide de l'altération de l'ouïe, comme le prouvent actuellement les observations de Troeltsch, Politzer, Roosa, Knapp, Schwartze, Moos, Hartmann, Buch, etc., ainsi que les nôtres.

Si la maladie s'améliore, l'ouïe revient lentement et la perception osseuse reparaît peu à peu.

Diagnostic. — Le diagnostic est basé sur l'existence de la syphilis dont le malade porte habituellement quelques traces. Mais c'est sur les caractères propres de la surdité que l'on s'appuiera pour en faire une affection labyrinthique. En effet, l'altération de l'ouïe s'est développée rapidement en quelques mois, quelques jours, subitement même; si en même temps la perception par les os du crâne a disparu, tandis que le diapason placé devant le conduit est encore entendu, on peut assurer avec grande certitude qu'il existe une otite interne syphilitique. On pourra même l'affirmer lorsque l'affection se développera chez des personnes jeunes, car il faut se rappeler que l'on voit quelquefois la perception crânienne diminuer de quarante-huit à cinquante ans.

Cette surdité est bien différente de celle du tabes qui dans ce cas marche progressivement et met plusieurs mois et même des années pour atteindre un degré aussi complet de surdité.

En effet, les lésions de l'acoustique d'abord présumées, puis vérifiées par Pierret n'atteignent souvent qu'un nerf; et encore elles n'altèrent qu'une partie de ses fibres, ce qui fait que le malade conserve l'ouïe pendant un certain temps, contrairement à ce qui se passe dans l'otite interne syphilitique où le limaçon et les terminaisons mêmes du nerf sont altérés.

Grâce à cette forme particulière des lésions du labyrinthe, nous avons pu affirmer l'existence de la syphilis chez une malade qui nous fut adressée par un de nos confrères. Cette femme, âgée de trente-huit ans, niait qu'elle était atteinte de cette affection; elle ne se plaignait que de vertiges qui depuis quelques jours étaient accompagnés d'une surdité venue assez rapidement pour que la montre ne fût plus entendue qu'à 3 centimètres à droite et au contact à gauche; la perception crânienne était abolie. Elle accusait aussi des bruits intermittents dans les oreilles (bruits de cascade et musique). Elle nous dit être en traitement pour une affection du fond de l'œil. Son ordonnance portait scléro-choroïdite(?) L'oreille moyenne ne présentait aucune altération.

Cette malade niant avoir contracté la syphilis, son médecin ouvrit une enquête sur mes conseils, et il fut assez heureux pour découvrir que son mari lui avait donné la maladie vénérienne, un an auparavant.

Un mois après avoir été soumise au traitement général et au traitement local, la perception crânienne était rétablie sur les bosses frontales et au devant de l'oreille, elle était encore mauvaise sur l'apophyse mastoïde.

L'audition à la montre était de 6 centimètres à droite, et de 4 centimètres à gauche.

Pronostic. — Le pronostic varie beaucoup. Si dans un grand nombre de cas, la maladie ne rétrograde pas, il

est cependant certain que dans les formes récentes de l'affection, la surdité peut diminuer et même disparaître presque complètement. Il ne faut même pas se baser sur son degré pour établir le pronostic, car, comme le fait observer, avec juste raison, le professeur Politzer, on a vu des surdités totales guérir, tandis que de légères altérations de l'ouïe n'ont fait que progresser pour arriver à une surdité complète, lors même que le malade était soumis à un traitement spécifique. Cependant, l'on devra tenir compte de l'état de santé du malade, de son âge, de sa constitution, de la bénignité de sa syphilis, du récent développement de la lésion labyrinthique, toutes circonstances qui permettent d'espérer un heureux résultat. Il faut aussi savoir que le pronostic des affections bilatérales est plus favorable que celui des otites unilatérales (Schwartze).

Traitement. — Si quelques auteurs n'ont pas obtenu un résultat favorable, d'autres, au contraire, ont eu des améliorations et des guérisons ; mais il est nécessaire de suivre le traitement d'une manière régulière. Nous employons le mercure, concurremment avec l'iodure. On peut avoir recours aux préparations habituelles d'hydrargyre, ou mieux aux frictions, en même temps que le malade prend de 1 à 3 et 5 grammes d'iodure par jour. En même temps que ce traitement général, il est de toute utilité d'avoir recours à des injections sous-cutanées de pilocarpine. Nous avons recours à une solution de 20 centigrammes de nitrate de pilocarpine pour 5 grammes d'eau en injections de 2 à 5 ou 6 gouttes. De plus, nous employons les courants continus en appliquant le pôle négatif dans le conduit. Il est aussi utile de faire dans la caisse, par la trompe d'Eustache, quelques instillations d'une solution d'iodure de potassium.

Si cette méthode ne nous a pas donné de résultats chez certains malades, il n'en a pas toujours été ainsi et nous devons reconnaître que nous avons même obtenu quelquefois une guérison presque inespérée.

M. R., vingt-cinq ans (octobre 1879). Syphilis il y a deux ans. Bourdonnements (cloche, musique, bruit de vent dans les feuilles), surdité augmentant lentement, principalement à gauche. Perception crânienne à droite très faible, nulle à gauche. La montre est entendue à 4 centimètres à droite et au contact à gauche. Voix encore assez distincte, mais de près. Traitement spécifique de pilocarpine, injections d'iodure de potassium dans la caisse.

En avril 1880, le malade peut suivre la conversation à 1 mètre 50 centimètres. La perception crânienne est bonne à droite, et faible à gauche; il entend la même montre à 12 centimètres à droite et 8 centimètres à gauche. Chez ce malade, la pilocarpine a produit un résultat remarquable. Dès la deuxième semaine (injections tous les jours), l'audition a commencé à devenir meilleure, et les bourdonnements ont disparu.

Otite interne consécutive à une autre affection de l'oreille. — Le labyrinthe est assez souvent atteint dans le cours d'une autre affection syphilitique de l'oreille moyenne. Les observations sont assez nombreuses aujourd'hui pour ne plus mettre en doute cette forme d'otite. Nous avons même donné plus haut l'explication proposée par Roosa. Duplay, Pomeroy, Gruber croient aussi que l'affection de la caisse peut se propager au labyrinthe. Dans ces cas, la surdité augmente parfois rapidement et même subitement; le malade est pris de vomissements, de bourdonnements intenses, de vertiges avec perte de l'équilibre, trois symptômes qui doivent faire penser à l'invasion de l'oreille interne par la maladie vénérienne; mais c'est le défaut de perception crânienne qui est l'indice véritable de l'altération du labyrinthe, comme nous l'avons rapporté plus haut. L'otite interne est-elle toujours une affection consécutive à l'altération de la caisse, un accident de propagation, ou bien cette partie de l'oreille est-elle frappée simultanément avec l'oreille moyenne? Ou encore peut-on admettre ces deux causes? Nous ne voyons pas pourquoi il n'en serait pas ainsi.

Obs. X. — M. M., vingt-trois ans. — 8 juillet 1883. — Chancre il y a quatre mois et demi, plaques muqueuses et accidents secondaires sur la peau. Jamais d'affection auriculaire. Depuis un mois surdité qui s'est accrue insensiblement au point qu'actuellement la montre n'est plus entendue qu'à 0,02 cent. à droite et au contact à gauche. La voix est perçue à 0,60 cent. à droite, et de l'autre côté à 0^{m},30. La perception crânienne est nulle pour la montre et le diapason, placé au vertex, est mieux entendu de l'oreille droite.

Le tympan droit est rétracté, le manche du marteau oblique; pas de triangle lumineux; coloration rouge surtout dans la moitié antérieure. Le tympan gauche offre aussi des lésions analogues, mais sa coloration rouge cuivre a envahi toute la membrane. Obstruction des trompes; au reste, les plaques sont abondantes sur le côté gauche de l'amygdale et près de la trompe, ainsi que dans les fosses nasales. Peu de bourdonnements, pas de vertiges.

Liqueur de Van Swieten; injections nasales. Cathétérisme. Pilocarpine,

Le 20 juillet, audition 0,03 à droite; à 0,01 à gauche à la montre, la perception crânienne s'améliore. La montre est perçue au devant de l'oreille du côté droit et sur le frontal et l'apophyse mastoïde du côté gauche. Iodure de potassium, sirop de Gibert.

24 juillet. — Acuité auditive à 0,04 à droite et 0,02 à gauche.

29 juillet. — Montre entendue à 0,16 cent. à droite et à 0,09 à gauche.

Le malade presente ce phénomène curieux que s'il écoute le bruit d'une montre pendant quelques instants, il perçoit le tic tac pendant une à trois minutes après que la montre a été enlevée.

A droite le tympan est moins rétracté, plus de coloration rouge, mais derrière le manche, on voit une bande blanchâtre de tissu fibreux. A gauche, tympan gris cendré, manche un peu oblique. Triangle lumineux allongé et étroit.

Je revois le malade au mois de janvier 1884.

La perception crânienne est bonne, mais l'acuité auditive n'est plus que de 0,06 cent. à droite et de 0,04 à gauche.

Après un traitement de trois semaines (frictions mercurielles, iodure, cathétérisme), le malade part, entendant la montre à 0m,15 à gauche et à 0,12 cent. à droite. Il peut suivre la conversation.

Dans le cas précédent, il est évident qu'il y a eu obstruction des trompes par suite des plaques muqueuses, puis inflammation chronique de l'oreille moyenne et envahissement du labyrinthe. Le traitement a paru agir avec efficacité sur l'oreille interne où l'affection a semblé rétrograder plus rapidement qu'à l'oreille moyenne.

Il faut encore savoir que si la syphilis a déterminé une otite moyenne purulente, celle-ci peut occasionner dans le labyrinthe les altérations ordinaires dues aux complications de cette maladie, comme nous l'avons dit à propos des lésions de la caisse. En effet, les fenêtres ronde et ovale sont alors souvent détruites, le nerf facial atteint, l'os envahi par l'ostéite qui détermine des nécroses des parties du labyrinthe, et l'on assiste quelquefois à l'expulsion d'un fragment nécrosé (Delpech, etc.), comme nous en avons rapporté un cas. Il est inutile d'insister sur ces graves désordres déjà signalés et auxquels se mêlent des accidents cérébraux.

De même, lorsque les lésions gommeuses se sont développées dans le voisinage du labyrinthe, celui-ci peut être altéré et même détruit comme dans le cas précédent. Il s'ensuit des altérations considérables au point de vue de l'audition, qui est perdue du côté envahi par la gomme, si le traitement spécifique n'est pas venu enrayer la marche de la maladie dès le début ; et même si les lésions osseuses sont importantes, il survient les complications ordinaires de l'otite moyenne suppurée.

Nous venons d'étudier les lésions du nerf auditif dans ses terminaisons à l'oreille. Il peut aussi être atteint par des tumeurs gommeuses ou osseuses, qui viennent le comprimer dans son trajet du conduit auditif interne, jus

qu'au bulbe. C'est ainsi qu'il est parfois paralysé par suite de compression ou même d'atrophie due à la périostite du conduit (Sœmering, Beck, Toynbee, Zeissl) qui a dans certains cas subi une hypertrophie osseuse considérable (Hinton, Schwartze). Moos a même relaté un fait de rétrécissement en fente de ce canal chez un malade qui présentait une hyperostose généralisée à tout le rocher.

On comprend que le facial qui peut déjà être atteint dans son trajet à travers le canal de Fallope par des lésions osseuses analogues, est aussi sujet à être altéré par hyperostose ou exostose du conduit auditif interne. On ne sera donc pas surpris de voir certaines otites syphilitiques, s'accompagner de paralysie faciale avec toutes ses conséquences. Et, en effet, les observations de ce genre ne sont pas très rares.

Le nerf auditif est aussi exposé à être comprimé par une tumeur gommeuse de la base du crâne (Tüngel, Virchow) qui, suivant son siège, peut englober le facial en même temps que l'auditif, si par exemple elle s'est développée près du sommet du rocher. Nous avons cité dans notre thèse (1), l'observation d'un syphilitique qui souffrait de la tête depuis deux ans et qui avait des vertiges depuis huit à dix mois. Bientôt il fut pris de paralysie de la face à droite, avec bourdonnements et douleurs dans l'oreille du même côté. L'audition bonne à gauche était nulle ainsi que la perception à droite. L'examen de l'œil confirma le diagnostic : gomme syphilitique à la base du crâne comprimant l'acoustique, le facial et le trijumeau (Gellé). Baudot a rapporté l'histoire d'un malade qui présentait une surdité assez prononée avec paralysie du moteur oculaire commun et du facial. A l'autopsie, on trouva un ramollissement de la substance cérébrale avec tumeur molle s'étendant de la selle turcique au milieu de l'apophyse basilaire.

(1) Baratoux, *Pathogénie des affections auriculaires éclairée par l'étude expérimentale*, p. 102.

Dans ces cas de compression du nerf auditif, en dehors des autres symptômes accusant des altérations des parties voisines, le malade se plaint de céphalée nocturne, de bourdonnements, de vertiges, de surdité souvent presque subite qui avec une paralysie faciale, fait penser à une gomme comprimant les nerfs, et cette supposition se change en réalité quand, sous l'influence du traitement, les symptômes disparaissent aussi rapidement qu'ils s'étaient montrés.

Le nerf auditif peut encore être atteint dans son trajet intrabulbaire. L'on sait que ce nerf, formé de deux racines, dont l'une antérieure ou profonde, allant aux canaux semi-circulaires, provient du noyau externe de l'acoustique et des cellules du corps restiforme et dont l'autre postérieure ou superficielle se rendant au limaçon prend naissance dans le noyau interne de l'acoustique et se continue par les barbes du calamus scriptorius qui, situées sur le plancher du quatrième verticule, viennent ensuite former un seul tronc contournant le pédoncule cérébelleux inférieur, traversent un amas de cellules ganglionaires et se réunissent alors au tronc venant de la racine antérieure.

Aussi quand les gommes se développent dans le voisinage des racines, si elles sont affectées séparément, on constatera tantôt des lésions de l'ouïe, tantôt du vertige, des étourdissements. Avec ces symptômes, le malade présentera d'autres lésions en rapport avec les parties lésées.

Comme, d'après les recherches récentes, on sait que les racines du nerf auditif remontent dans le cerveau jusqu'au niveau de la circonvolution temporo-sphénoïdale(1), on ne sera pas surpris de voir survenir les troubles auditifs occasionnés par les lésions syphilitiques du cerveau (Hughlings, Jackson, Stenger, Urbantschitsch), en même temps que se manifesteront de la céphalalgie, des

(1) Miot et Baratoux, *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez*, 1884, p. 67.

altérations de la vue, de la mémoire, des hémiplégies, etc.

N'ayant pas l'intention de traiter la syphilis cérébrale nous renvoyons pour l'étude des lésions de l'ouïe aux travaux de MM. Gros et Lancereaux, Fournier, etc.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU DE LA 58e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A STRASBOURG

DU 18 AU 23 SEPTEMBRE — SECTION D'OTIATRIE

Séance du 18 Septembre 1885. (1)

Présidence de M. le Dr KUHN, de Strasbourg.

M. ROHRER (Zurich) : **Sur les anomalies de conformation du pavillon de l'oreille avec démonstrations** (*Uber Bildungsanomalien der Ohrmuschel, mit Demonstrationen*).

L'auteur rapporte 30 cas de vice de conformation du pavillon observés par lui. Il les envisage au point de vue embryologique et cherche à en expliquer l'origine. Pour y arriver il donne un abrégé de l'histoire du développement du pavillon de l'oreille à partir de la fin du premier mois de la vie fœtale. Il suit, en donnant cet abrégé, le travail du Dr His : *Du développement de la forme du pavillon de l'oreille*, communiqué au 3e congrès d'otologie international.

M. TRUCKENBROD (Hambourg) prend la parole sur un **cas d'abcès cérébral consécutif à une otorrhée et guéri par l'ouverture de l'apophyse mastoïde.**

Le diagnostic d'abcès cérébral fut fait parce qu'il existait : 1° des fortes douleurs derrière l'oreille gauche atteinte d'une otite moyenne suppurée aiguë, 2° un œdème qui, au bout de deux jours, s'était étendu considérablement, 3° une paralysie du facial *droit* et un trouble particulier de la parole.

L'abcès avait la grandeur d'une petite orange et il s'écoula

(1) D'après le *Tageblatt der 58. Versammlung deutscher Naturforschr. und Aerzte in Strassburg*, 18-23 septembre 1885.

la quantité d'une petite tasse de pus. Le succès de l'opération aurait confirmé le diagnostic.

Dans la discussion, M. Katz (Berlin) insiste sur la difficulté du diagnostic d'abcès cérébral, en citant un cas dans lequel beaucoup de médecins, guidés par des symptômes remarquables, avaient fait le diagnostic d'abcès cérébral tandis que l'autopsie démontrait que l'on avait eu affaire à un cholestéatome du temporal sans lésion du cerveau.

M. Truckenbrod dit que, dans son cas, il existait une paralysie du facial du côté opposé à l'affection auriculaire tandis que, dans le cas cité par Katz, le facial du même côté était affecté.

---

19 *septembre. — Séance du matin.*

Présidence de M. le Dr Lucae.

M. Lucae. — **Remarques critiques et observations nouvelles sur l'examen fait avec le diapason** (*Kritisches und Neues über Stimmgabeluntersuchungen*).

L'examen au diapason peut être fait par l'intermédiaire de l'air avec des diapasons de différentes hauteurs ou par les os du crâne.

Pour l'examen de la perception aérienne il faut au moins deux sons très éloignés l'un de l'autre ; par exemple le diapason do (428 vibrations) et do⁴ (2048 vibrations). Cette méthode, quoique peu employée, donne relativement les résultats les plus sûrs. Elle a fourni comme principal résultat que toutes les fois que les sons les plus élevés ne sont plus perçus, il s'agit d'une affection de l'appareil nerveux. Si la perception des sons élevés semble être amoindrie on doit pratiquer un examen comparatif entre les sons hauts et les sons bas. Plus le malade perçoit les sons bas, plus il faut exclure une affection de l'appareil de transmission des sons.

Quant à l'examen de la perception crânienne, il offre, d'après l'auteur, de grandes difficultés et donne des résultats contradictoires, car nous ne savons pas encore comment la transmission des sons s'effectue par les différents tissus qui composent le crâne.

On a employé cet examen pour diagnostiquer, si une surdité unilatérale était due à une affection périphérique ou à une lésion centrale. On s'est basé sur ce fait physiologique que si l'on se bouche une oreille, le diapason placé sur le vertex (surtout un diapason à son bas) est mieux entendu du côté bouché. On a conclu de ce fait que si le diapason est mieux entendu par la voie du crâne de l'oreille sourde que de l'autre oreille, il s'agit d'une affection de l'oreille externe ou moyenne, et par contre, s'il est mieux entendu de l'oreille saine, on a affaire à une affection de l'oreille interne.

En effet, on trouve surtout dans les otites moyennes suppurées que le diapason placé sur n'importe quel point du crâne est perçu de l'oreille malade. Mais, d'après les recherches cliniques et anatomiques de l'auteur, ce résultat ne donne pas du tout une garantie que l'oreille interne soit restée indemne.

L'auteur en cite un exemple : Une femme atteinte d'une otite suppurée gauche avec carie de l'os pétreux se propageant à la veine jugulaire meurt de pyoémie. Pendant la durée de la maladie, la malade, qui conserva sa connaissance jusqu'à la fin, non seulement entendait plus distinctement le diapason de l'oreille malade, mais pouvait donner le son en chantant, et cela six heures avant sa mort. A l'autopsie, on ne trouva ni tympan, ni osselets. Du limaçon, il n'existait que la charpente osseuse, et des canaux semi-circulaires, il n'y avait que le reste du canal horizontal. Tout le labyrinthe était plein de pus et de granulations, seul le tronc du nerf acoustique était intact.

Dans un autre cas d'otite suppurée avec carie du labyrinthe, l'auteur trouva, par contre, que le diapason était même entendu du côté sain, mais ici on constata à l'autopsie que le tronc de l'acoustique était aussi détruit.

Pour les autres affections de l'oreille, surtout dans les affections chroniques où le tympan existe et où l'oreille externe et moyenne sont libres, la perception crânienne examinée à l'aide du diapason, est encore d'une valeur diagnostique douteuse.

Car : 1° il est des cas normaux où une dureté de l'oreille n'existe pas pour la voix, mais où le diapason est mieux entendu d'un côté que de l'autre.

2° Il est des cas de surdité unilatérale où non seulement le diapason est mieux entendu de l'oreille malade par la voie crânienne, mais aussi par la voix aérienne.

3° Il est des cas dans lesquels l'étiologie (lésion du crâne) et la perte des sons élevés permettant le diagnostic d'une affection de l'oreille externe, le diapason placé sur le vertex est mieux entendu du côté malade.

D'une valeur plus grande, dit Lucae est l'examen comparatif entre la durée de la perception par le crâne et celle par l'air (procédé de Rinne). Ses recherches cliniques et anatomiques lui permettent d'approuver les invocations théoriques de *Rinne*. Le Dr Lucae indique à la fin de son travail une nouvelle méthode de faire percevoir par la voie osseuse les diapasons à sons très hauts : les diapasons mis en vibration sur des cylindres courts en acier sont placés ou sur l'apophyse mastoïde ou dans le conduit.

Knapp (New-York). — **Sur l'utilité qu'il y aurait à adopter une méthode uniforme pour exprimer les résultats de l'examen concernant l'acuité auditive.** — Ce travail, déjà communiqué à la dernière Société d'otologie d'Amérique, contient une nomenclature qui ressemble à celle dont les oculistes se servent pour mesurer l'acuité visuelle.

D'après cette nomenclature, l'acuité auditive pour la montre et pour la parole, devrait être exprimée par une fraction dont le dénominateur désignerait la distance à laquelle la montre ou la parole chuchotée, ou la parole de conversation sont entendues par des oreilles saines. Le numérateur indiquerait la distance à laquelle l'oreille malade entend la montre ou la parole. Par exemple : A (acuité auditive pour la montre) $= \frac{10}{60}$ centimètre dirait qu'une montre perçue par une oreille normale à une distance de 60 centimètres est entendue par le malade à une distance de 10 centimètres.

Avec V (voix) $= \frac{1}{\infty}$, l'auteur désigne que le malade a entendu la voix quantitativement, mais qu'il ne l'a pas comprise.

A $= \frac{c}{60}$ cent. veut dire que la montre a été entendue au contact.

A $= \frac{pr.}{60}$ cent. indique que la montre n'est perçue que pressée contre l'oreille, etc.

Burckhardt Merian (Bâle) préfère l'acoumètre de Politzer à la montre.

Lucæ, recommande les propositions faites par Knapp.

Bezold (Munich). **Remarques sur la montre comme acoumètre et sur la désignation uniforme des examens auditifs, d'après Knapp.**

D'après les recherches comparatives faites par l'auteur sur 222 oreilles, la courbe indiquant l'acuité pour la montre variait beaucoup de celles trouvées pour l'acoumètre de Politzer et pour la parole chuchotée.

Très souvent les élèves examinés prétendaient entendre la montre quand il était impossible de l'entendre, ce qui provenait, d'après Bezold, en grande partie de ce fait que le tic-tac de la montre est le bruit le plus fréquent qui nous frappe, et que nous avons l'habitude d'en faire abstraction, comme font abstraction des bruits les meuniers ou les personnes habitant près d'une cascade.

A part cette incertitude dans l'examen de la montre, l'examen à la voix chuchotée paraît préférable parce qu'elle contient les sons des huit gammes inférieures, tandis que le tic-tac ne représente que deux sons très près l'un de l'autre.

Aussi dans sa statistique sur l'acuité auditive de 3836 oreilles (voir *Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, Bd XIV, 3 et 4 et Band XV, 1) s'est-il servi de la voix chuchotée. Quant aux propositions de Knapp concernant l'uniformité de l'examen auditif, il est du même avis que cet auteur. Mais, dit-il, il ne faut pas oublier que l'otologie ne nous permet pas de donner des chiffres si exacts que l'ophtalmologie. On est, par exemple, loin d'être

d'accord sur l'acuité auditive normale. Wolf, Amani, Hartmann et l'auteur ont constaté que normalement la voix chuchotée est entendue, à 20, à 25 mètres, tandis que Knapp dit qu'elle n'est entendue qu'à 7 mètres environ. Cette grande différence proviendrait de ce que ce dernier prononce des mots tout à fait inattendus, tandis que l'auteur emploie des chiffres de 1 à 100.

---

19 septembre. — Séance de l'après-midi.

Présidence de M. le Dr Knapp de New-York.

M. Kirchner (Wurzbourg) rapporte qu'il a trouvé des **micrococci dans les furoncles du conduit auditif externe** qui, d'après ses recherches faites avec M. Hoffa, seraient le staphylococcus pyogenes albus (Rosenbach).

Dans les inflammations diffuses du conduit ainsi que dans les otites moyennes suppurées il a découvert aussi des cocci, mais ceux-ci diffèrent des cocci de Rosenbach par leur développement et en ce qu'ils s'accompagnent d'une mauvaise odeur.

Kiesselbach (Erlangen). **De l'épistaxis** *(Ueber Nasenbluten)*. Dans la plupart des cas, dit l'auteur, le tamponnement des fosses nasales et l'emploi des autres remèdes hémostatiques n'ont qu'un effet transitoire. Pour guérir radicalement les saignements de nez il faut détruire les points affectés de la muqueuse. Michel et Voltolini se sont occupés les premiers de rechercher les points d'origine de l'épitaxis. D'après eux et d'après d'autres auteurs et selon M. Kiesselbach lui-même, c'est la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse qui est le plus souvent le point de départ des épistaxis. Cette particularité est due à des faits anatomiques, l'auteur ayant trouvé dans la partie cartilagineuse de la cloison des ectasies des capillaires et parfois même un tissu caverneux pareil à celui qu'on rencontre dans la muqueuse des cornets. M. Kiesselbach présente plusieurs préparations microscopiques de la muqueuse des différentes parties de la cloison et du tissu caverneux de la cloison médiocrement

rempli ou très congestionné et quelques coupes des extrémités antérieures et postérieures du cornet inférieur.

M. Habermann (Prague) parle sur **5 cas de tuberculose de l'organe de l'ouïe,** dans lesquels il a pu constater dans la muqueuse de l'oreille moyenne et dans le labyrinthe des tubercules miliaires et des baciles de la tuberculose. L'infection, dit-il, peut se faire soit par l'appareil circulatoire, soit par le tympan perforé, soit par la trompe; cette dernière voie d'infection serait la plus commune.

M. Roller (Trier). **De l'examen fait sur 73 sourds-muets et relatif aux symptômes de l'otopiésis** *(Ueber Untersuchung von 73 Taubstummen mit Rücksicht auf die Erscheinungen der Otopiesis).*

L'auteur résume d'abord les opinions sur l'otopiésis, comme cause de la surdi-mutité, émises au 3e Congrès international d'otologie par M. Boucheron (voir la *Revue,* 1885, pages 1 et 37). Il donne ensuite des détails sur ses propres recherches faites sur 73 sourds-muets, chez lesquels il avait recherché les antécédents héréditaires, la durée, la cause et la marche de l'affection et chez lesquels il avait examiné l'audition à la montre, à l'acoumètre de Politzer, à la voix chuchotée, à la voix de conversation, au diapason de différentes hauteurs, au sifflet de Galton et aux différents sons produits par l'harmonica.

A l'examen objectif, il avait dirigé son attention sur le pavillon, le conduit, la trompe, le tympan, les fosses et arrière-fosses nasales et sur l'état général. Le diagnostic d'une affection labyrinthique fut seulement fait après un examen détaillé de la perception par l'air et par l'os. Dans un cas l'autopsie vint compléter ces recherches faites sur le vivant.

Il trouva que, parmi ces 73 sourds-muets examinés, 70 étaient atteints d'une affection du labyrinthe et 3 d'une affection de l'oreille moyenne seule. Parmi ces 70 cas d'affections labyrinthiques il n'y en avait que 4 chez lesquels

l'affection labyrinthique n'était pas accompagnée d'une affection de la caisse.

Ce résultat, qui est semblable à celui obtenu par d'autres auteurs, contredit les assertions de Boucheron. D'après ce dernier auteur, le tympan et les osselets, chez les sourds-muets, seraient normaux et il existerait seulement une dépression considérable du tympan et une injection des vaisseaux de la petite apophyse du marteau.

Roller croît que la plupart des cas d'affection du labyrinthe sont dus non à l'affection de l'oreille moyenne, car, dans aucun de ces 73 cas, on ne trouvait des symptômes de l'otopiésis, mais presque tous présentaient des traces d'otites moyennes anciennes.

---

21 Septembre. — Séance du matin

Présidence de M. le Dr Hedinger (Stuttgart).

Kuhn (Strasbourg). 1° **Un cas de granulome avec des poils** (*Granuloma mit Haaren*).

Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans atteint d'une otite moyenne suppurée à qui M. Kuhn avait enlevé un granulome. Une coupe de cette tumeur examinée au microscope montrait des poils humains. L'auteur ne pouvant trouver aucun bulbe de poil, pensa que ces poils avaient été introduits dans le conduit comme corps étrangers. En effet, le malade s'était fait couper pendant sa maladie les poils à l'entrée du conduit et probablement il en avait introduit quelques-uns au fond du conduit, en faisant des instillations astringentes employées pour son otorrhée.

Par le même auteur : **Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde, mort par l'intoxication à l'iodoforme** (*Trepanation des Warzenfortsatzes, Tod durch Iodoform*).

L'auteur montre l'os pétreux gauche d'un homme tuberculeux, qui quatre semaines après l'ouverture de l'apophyse mastoïde, avait subitement succombé par suite d'une intoxication par l'iodoforme.

Dans la discussion, Lucae remarque qu'il n'a pas observé l'intoxication d'iodoforme, quoiqu'il l'emploie beaucoup. Il n'a

qu'à se louer de la gaze iodoformée (10 pour cent) qui non seulement dans l'ouverture de l'apophyse, mais aussi dans les hémorrhagies de l'oreille (il cite un cas d'hémorragie du sinus transversal) et dans les autres opérations auriculaires lui a rendu des bons services,

---

WAGENHAUSER (Tubingen) rapporte un cas de **bruits intra-auriculaires perceptibles à l'examen objectif** chez un cardiaque. Toutes les fois qu'on faisait une insufflation d'air on pouvait provoquer ce bruit.

Le même auteur rapporte un cas de **névralgie du tympan,** déterminée par une nécrose des os du plancher de la paroi latérale des fosses nasales.

HEDINGER. — **Des batteries pour la galvanocaustie** (*Ueber Batterien für Galvanocaustik*).

L'auteur parle des différents systèmes des batteries et donne ensuite les détails de sa batterie qui réunirait beaucoup d'avantages. Le maniement en serait très simple, l'appareil une fois rempli d'après la recette qu'il donne, on n'a plus à s'en occuper pendant longtemps (4 à 12 mois selon qu'on l'emploie journellement ou seulement de temps en temps). Il suffit de verser dans l'appareil toutes les 6 à 7 semaines de l'acide sulfurique dilué (1.10) pour remplacer le liquide évaporé.

L'entretien de cette batterie est très bon marché, elle permet d'opérer sans préparatifs, elle ne produit pas des vapeurs acides et donne une grande intensité avec une constance relativement longue.

Le prix de la batterie est pour six éléments de 245 à 285 marks et pour quatre éléments de 210 marks, sans galvanomètre de 185 marks. Pour les détails de cette communication, nous renvoyons les lecteurs à l'article original.

M. GOTTSTEIN (Breslau) montre un **couteau pour l'extirpation des végétations adénoïdes** qui ressemble au amygdalotome et à la guillotine laryngée de Stoerk.

---

21 septembre. — Séance de l'après-midi.

M. Kirchner (Wurzbourg) fait présenter son instrument pour **l'incision de la branche de l'étrier, de l'enclume et du manche du marteau.**

M. Moos (Heidelberg) :

1° **Faits histologiques sur les accidents mécaniques dans la myringite purulente,**

2° **Pièces anatomiques de syphilis tertiaire.**

M. Knapp (New-York). **De l'extirpation d'une exostose éburnée remplissant le conduit auditif externe opérée avec succès** (*Erfolgreische Ausmeiselung einer den Ohrkanal vollstœndig ausfüllenden Elfenbeinexostose*). — Le malade, âgé de 34 ans, souffrait, depuis sa jeunesse, d'une otorrhée double consécutive à la scarlatine. Subitement l'écoulement cessa et le malade éprouva de fortes douleurs à la tête à droite, envie de vomir et insomnie. Le conduit gauche était presque complètement obstrué par une exostose; le conduit droit l'était tout à fait et ne permettait pas l'introduction d'une sonde entre l'exostose et le conduit. L'exostose ne put être enlevée qu'avec une partie de l'os du conduit. L'opération faite, une amélioration des symptômes de rétention du pus se fit immédiatement sentir, mais la guérison ne survint que lorsque deux séquestres de l'apophyse mastoïde eurent été enlevés.

Dr L. Lichtwitz.

BIBLIOGRAPHIE

Expériences chirurgicales rhinologiques et laryngologiques faites de 1875 à 1885 (*Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie u. Laryngologie, aus den Jahren 1875-1885*), par le Dr Max Schäffer, à Brème.

Nous croyons rendre service aussi bien aux praticiens qu'aux spécialistes, en analysant brièvement la brochure que Schäffer vient de publier. Elle ne donne pas seulement une idée juste du chemin parcouru par ce spécialiste distingué, qui en somme n'est qu'autodidacte, surtout en rhinologie, comme

bien d'autres, il est vrai, mais elle contribue aussi à éclairer les progrès obtenus en pathologie et en thérapeutique rhinologiques, dont certains auteurs ont su si bien profiter, qu'ils pourraient passer aux yeux des profanes pour initiateurs

Nez. — La sonde recommandée par Schäffer pour le traitement des affections nasales et des sinus, me paraît très pratique, également sa pince coupante. Ayant observé plusieurs cas de kystes nasaux dont il fait la description, Schäffer n'y voit, et à juste titre, qu'un processus pathologique, contrairement à Glassmacher qui voudrait en faire une anomalie. D'ailleurs, je crois que le cas que j'ai communiqué dernièrement à la Société française de Laryngologie et d'Otologie, démontre assez clairement la spontanéité de formation des kystes nasaux, pour leur assurer le caractère de processus pathologique.

Le chapitre qui traite de la rhinite chronique hypertrophique est un des plus intéressants de la publication. Je souscris volontiers à ce qu'il y est dit. Les effets réflexes peuvent se produire avec n'importe quelle partie de la muqueuse nasale, où se trouve du tissu caverneux seulement, avec cette différence que je regarde avec Baratoux, la muqueuse de la cloison comme point de départ des effets réflexes et le tissu caverneux ainsi que les polypes tout simplement comme des irritants de la cloison. Pour les polypes nasaux, Schäffer entre absolument dans les vues de Hoppman qui a traité cette partie de la pathologie nasale d'une façon remarquable. N'oublions cependant jamais que nous devons une belle partie de nos progrès rhinologiques à Voltolini.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSN. JUN 10 1887

Cavité buccale et pharyngienne. — A peine y trouve-t-on des observations concernant le tissu eptogène de la base de la langue. Où reste l'angine épiglottique antérieure, décrite par Michel?

D'ailleurs, ce n'est pas la seule affection qui s'y rencontrera et Schäffer a dû en voir bien d'autres encore en cet endroit! Il aurait donc bien fait de traiter cette partie dans un chapitre à part. Schäffer ne sait-il pas que trois auteurs ont traité du mycosis leptothritique avant Hering? Il serait plus juste de

l'attribuer à Fränkel, comme on laissera à Hering l'acide chromique. Les végétations adénoïdes se rencontrent, comme Schäffer dit fort bien aujourd'hui, dans tous les pays, malgré le dire de certains spécialistes, seulement on doit les chercher au moyen de la rhinoscopie antérieure et postérieure, ou en examinant avec le doigt.

Schäffer traite ensuite les néoplasmes du larynx, dont il a opéré bon nombre. Il nous en communique soixante-quatre cas, dont vingt-huit furent opérés avec un bon résultat au moyen d'éponges d'après Voltolini, résultat qui parle évidemment en faveur de cette méthode malgré tout ce qu'on en peut dire.

Les conclusions auxquelles l'auteur arrive pour le cathétérisme du larynx correspondent aux expériences faites par d'autres auteurs. Pour l'étiologie de l'angine Ludwig, je reviens à ce que j'ai dit à propos du tissu eptogène de la base de la langue et des parties environnantes du pharynx.

Parmi les moyens thérapeutiques du goître, surtout du goître exophtalmique, Schäffer classe en premier lieu l'électrolyse et il recommande spécialement la batterie de Frommhold, à l'exemple de la clinique chirurgicale de Tubingen. Cet agent thérapeutique lui a donné également d'excellents résultats dans le traitement des symptômes du cou. Il croit même en avoir vu se produire une influence favorable sur le système lymphatique, de sorte que des engorgements ganglionnaires moins importants qui ne furent pas directement soumis à l'électrolyse, auraient également disparu au cours du traitement.

Dr L. Bayer.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique, par le Dr J. Arnaud.

L'auteur publie 5 observations, les seules actuellement contenues dans la littérature médicale, comme symptôme du tabes.

Cette atrophie peut être observée dans les hémiplégies d'origine cérébrale, dans la paralysie labio-glosso-pharyngée, dans la sclérose en plaques, mais dans les cas de ce genre l'atrophie est ordinairement peu prononcée. Il est plus difficile de diagnostiquer les atrophies d'origine périphériques.

L'atrophie du tabes dorsal ataxique est une atrophie vraie, simple. Il n'y a pas, comme dans les autres formes, dégénérescence ou substitution graisseuse. Tout au plus si le tissu graisseux normal est un peu plus développé que d'habitude.

Cette hémiatrophie est accompagnée de la perte des mouvements d'une partie de l'organe seulement. Les mouvements d'ensemble sont conservés. Il n'y a pas de gêne dans les fonctions de la mastication, de la déglutition et de la parole.

L'hémiatrophie ne s'accompagne le plus souvent pas de troubles de sensibilité, et quand ceux-ci existent, ils sont à peine marqués. Cette lésion apparaît ordinairement lorsque les autres signes du tabes se sont montrés, mais elle peut apparaître au début avant tout autre symptôme, Il peut exister en même temps des atrophies d'autres muscles, quelquefois l'hémiatrophie est isolée.

L'hémiatrophie de la langue est due, dans le tabes dorsal ataxique, à l'atrophie du noyau principal de l'hypoglosse. Cette atrophie est toujours secondaire. Elle peut résulter de la propagation ascendante de la lésion des cornes motrices de la moelle ou de celles des parties du bulbe qui correspondent aux cordons postérieurs. Dans certains cas, en se basant sur des expériences physiologiques, on pourrait attribuer l'hémiatrophie à un phénomène réflexe.

Ce symptôme n'a aucune valeur pronostique. Si au début, on pourrait quelquefois employer des révulsifs à la nuque, le plus souvent il n'y a pas à intervenir (*Thèse*, Paris 1885).

Dr J. Ch.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Les affections catarrhales des fosses nasales considérées au point de vue de l'étiologie de la phtisie pulmonaire (*Catarrhal affections of the nasal passages as a cause of pulmonary phthisis*, par le Dr W. Chapman Jarvis.

La découverte du bacille de la tuberculose a jeté sur l'étiologie de cette affection un jour nouveau. L'auteur, depuis plusieurs années, avait été frappé de la coexistence fréquente du catarrhe nasal et de la phtisie pulmonaire. Il croit être autorisé à admettre l'existence d'une relation causale entre ces deux affections.

Il résulte des travaux de Koch que la destruction de l'épithélium des bronches, les érosions, etc., préparent un sol favorable au développement du bacille. Or, chacun sait que ces diverses conditions sont le résultat de l'inflammation catarrhale des parties supérieures et inférieures des voies aériennes. Koch lui-même fait observer que l'air inspiré par le nez est dépourvu des germes et que la respiration nasale protège, par conséquent, les poumons contre l'infection, car les germes morbides sont retenus par la muqueuse des fosses nasales. De plus le catarrhe des fosses nasales est très souvent la cause d'une *hyperhémie chronique du larynx*. Hyperhémie chronique qui détermine souvent, dans cet organe, des attaques de laryngite catarrhale aiguë; l'inflammation peut, en outre, se propager à la trachée et à la muqueuse des bronches.

Le catarrhe nasal détermine une obstruction des voies nasales qui contraint le malade à respirer par la bouche, de plus, la sécrétion des arrière-fosses nasales exerce sur le larynx une action irritante, elles agissent sur lui à la façon d'un corps étranger.

La rhinite hypertrophitique, les déviations de la cloison, les polypes, etc., toutes causes enfin qui s'opposent au libre passage de l'air dans les fosses nasales, doivent entrer en ligne de compte dans l'étiologie de la tuberculose.

Les déviations de la cloison sont fort souvent héréditaires, l'auteur en rapporte plusieurs exemples. Elles amènent sou-

vent le coryza atrophique. L'auteur rapporte un cas de rhinite atrophique, dans lequel le processus s'était étendu au pharynx sous forme de pharyngite sèche et de là au larynx, le malade fut ensuite atteint de phtisie laryngée.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs observations à l'appui de sa thèse et conclut que les affections des fosses nasales doivent être considérées comme un facteur important dans l'étiologie de la tuberculose.

Une observation au sujet de ce travail. S'il est vrai que les fosses nasales jouent, par rapport à l'air inspiré, le rôle d'un tamis qui le dépouille des germes qu'il contient, ces germes doivent rester en contact avec la muqueuse du nez. Pourquoi la tuberculose de la membrane pituitaire est-elle alors si rare ? (*The New-York med. Journ.*, 5 et 12 sept. 1885.)

Dr J. Charazac.

Un cas de mélano-sarcome des fosses nasales guéri par le galvanocautère (*A case of melano-sarcoma of the nose cured by galvano cauterisation*), par le Dr Lincoln.

L'obstruction de la narine droite remonte au mois d'août 1882. Il se produisait, à cette époque, un écoulement muco-sanguinolent de la même narine. La malade expectorait aussi une matière analogue qui venait évidemment des arrière-fosses nasales.

Etat général bon, peu ou point de douleurs. Le Dr Hayes Agnew de Philadelphie, enleva la tumeur en avril 1383, et déclara, après un examen microscopique, qu'elle était de nature cancéreuse. Une seconde ablation fut faite en novembre et la tumeur continua de s'accroître jusqu'en novembre 1884, époque à laquelle on vint trouver l'auteur. La tumeur naissait des cornets moyen et inférieur et du plancher des fosses nasales à une distance d'environ deux pouces et demi. La cloison était indemne. La tumeur fut enlevée à l'aide de l'anse galvanique, et son siège d'implantation fortement cautérisé, la perte de sang ne fut pas considérable. Pendant une semaine après l'opération on fit des injections dans les fosses nasales avec une solution du bicarbonate de

soude et d'acide phénique, après quoi on appliqua sur les surfaces malades une pommade à l'iodoforme.

L'auteur a revu la malade en mai 1885, il n'existe plus aucune trace de la tumeur.

L'examen microscopique, fait par le Dr Ferguson, prouve que l'on avait affaire à un mélano-sarcome. (*N. Y. med. Journ.*, 10 octobre 1885.) Dr J. Charazac.

LARYNX ET TRACHÉE.

Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes, par le Dr G. Laguesse.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Dans toute l'étendue des voies aériennes chez le mouton l'épithélium définitif est précédé par un épithélium cylindrique ou polyédrique stratifié dont les éléments subissent plus ou moins complètement la transformation muqueuse, à l'exception de la couche profonde.

Ce phénomène a lieu dans la première partie de la vie intra-utérine. Il a été également constaté dans les fosses nasales du poulet, dans les fosses nasales et la trachée de l'homme; il est donc permis de supposer que le processus est analogue chez la plupart des oiseaux et des mammifères.

2° Au milieu de ce premier revêtement l'épithélium cilié se développe cellule par cellule aux dépens de la couche génératrice et se substitue peu à peu au précédent. Nous avons indiqué le mode de prolifération spécial des cellules profondes qui peut être considéré comme intermédiaire entre la reproduction par bourgeonnement et par simple scission.

3° Les cellules caliciformes existant sur les muqueuses de l'adulte paraissent n'être dues qu'à une légère modification du processus d'après lequel se formait l'épithélium primitif. Leur apparition coïncide avec la disparition de celui-ci, qu'elles semblent continuer sous une forme un peu différente.

4° L'épithélium pavimenteux stratifié existant en certains points du larynx et notamment sur les cordes vocales est dû à la persistance de l'épithélium polyédrique primitif dont les

éléments s'aplatissent et subissent des modifications de structure caractérisés par un commencement de transformation cornée.

Les cordes vocales supérieures de l'homme font exception; l'étroite bande d'épithélium pavimenteux qu'on y retrouve est de formation secondaire et n'existe que chez l'adulte, par modification des couches supérieures de l'épithélium cilié.

5° De la comparaison de l'épithélium des voies aériennes avec celui des voies digestives et avec l'épiderme, on peut tirer cette conclusion plus générale que dans toute la muqueuse dermo-papillaire céphalo-thoracique l'épithélium a pour caractères communs chez l'embryon jeune la stratification et une tendance à la transformation muqueuse. Les cellules à mucus évoluent différemment suivant les fonctions de chaque organe : elles disparaissent pour faire place à un épithélium vibratile dans les fosses nasales et la trachée, ou subissent, à des degrés divers, la transformation cornée pour devenir l'épithélium buccal ou œsophagien, l'épithélium laryngé et l'épiderme. Ces faits pourraient encore, nous semble-t-il, être rapprochés de ceux qui plaident en faveur d'une même origine ectodermique de ces muqueuses jusqu'au cardia.

Nous pouvons dire enfin, en nous appuyant sur les faits cités dans notre introduction à propos des voies génitales, qu'en général l'épithélium cilié des muqueuses est de formation secondaire et précédé par un épithélium stratifié polyédrique ou cylindrique.

Rappelons que nous avons, chemin faisant, étudié le bouchon épithélial des narines, signalé la formation du sinus maxillaire aux dépens d'un bourgeonnement de l'épithélium de la pituitaire, quelques-unes des modifications de la tache olfactive et le premier développement des glandes. (*Thèse*, Paris 1885.)

Dr J. Ch.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

7e Année. N° 2. 1er Février 1886.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N. MAY 19 1886

DES TROUBLES DE LA VOIX ARTICULÉE (PAROLE) DANS LES AFFECTIONS DU VOILE DU PALAIS, DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE ET DES FOSSES NASALES *(Suite)* (1)

Par le Dr L. LICHTWITZ,

Chef de la Clinique otologique et laryngologique du Dr E. J. Moure.

II. — Pathologie de l'articulation.

Si les différentes parties dont l'appareil de l'articulation est composé sont défectueuses, il en résulte des troubles de la parole, que nous désignerons. avec Kussmaul (2), sous le nom de Dyslalie : (δυς difficile, λαλια, parole). Cet auteur distingue d'après les différents organes affectés (3), une dyslalie linguale, dentale, labiale et naso-palatine. Il donne aussi à cette dernière le nom de *rhinolalie.* C'est la forme la plus importante de ces troubles de la parole. C'est elle qui va être l'objet de cette étude.

D'après le même auteur, il convient de diviser la rhinolalie en deux formes différentes. Une première que nous pourrions appeler : forme close (clausa); une deuxième : forme ouverte (aperta). Il existe en effet une différence marquée entre les deux et chacune d'elles est caractéristique des affections de certaines parties du pharynx et du nez.

La *rhinolalie close* (rhinolalia clausa) résulte de ce fait que les fosses nasales, ou la cavité naso-pharyngienne. ou les deux en même temps, sont séparées de la partie inférieure du pharynx, alors qu'elles devraient être en communication avec elle.

La rhinolalie ouverte (Rhinolalia aperta) par contre,

(1) Voir *Revue* n° 1, p. 16.

(2) *Loc. cit.*, p. 249-258.

(3) Kussmaul parle aussi d'une dyslalie laryngée à cause des différents « *h* » produits par le larynx.

apparaît quand les fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne restent en libre communication avec le pharynx buccal, alors qu'elles devraient être isolées de ce dernier. Dans ces deux formes on peut ranger tous les troubles de la parole qui résultent de n'importe quelle affection du nez, de la cavité naso-pharyngienne et du voile du palais.

Ce que nous appelons ici rhinolalie, est désigné dans le langage ordinaire par les mots : nasillement, nasonnement, voix ou timbre nasillard, parler du nez, etc. Mais lorsqu'on recherche ce que les différents auteurs veulent désigner sous ces diverses appellations, on s'aperçoit qu'ils ne s'accordent guère entre eux pour ce qui est de l'étiologie et de la nature de ces altérations. C'est ainsi que Biot (1) dit qu'on ne parle du nez que quand le son sort par le nez et la bouche à la fois. J. Müller (2) combat cette explication et prétend que dans le mode ordinaire de la voix, les orifices postérieurs des fosses nasales sont ouverts et la voix retentit à la fois dans le canal oral et dans le canal nasal.

Lorsqu'on veut nasonner, ajoute-t-il, il faut que les piliers du voile palatin se rapprochent l'un de l'autre.

L'obstruction du nez à elle seule ne pourrait pas produire le nasonnement. Ségond, dans une annotation, admet que le phénomène de nasillement se produit seulement quand la voix retentit dans le nez et non quand elle le traverse.

Fournié (3) et Béclard (4) distinguent trois formes : 1° le timbre nasal, « grognement » d'après Béclard ; produit par la résonnance exclusive du son dans les fosses nasales; 2° le nasonnement, qui est l'effet d'un obstacle apporté à

(1) Biot, *Précis élémentaire de physique*, 1er vol. 1817.

(2) Müller, *Manuel de physique*, traduit de l'allemand, par Jourdan et revu par Littré, 1851, II, p. 201.

(3) E. Fournié, *Physiologie de la voix et de la parole* (Paris, 1866, p. 479-482).

(4) J. Béclard, *loc. cit.*, p. 184 et 185.

l'écoulement facile du son par les fosses-nasales pendant la formation de certaines lettres, et 3° le nasillement ou timbre nasillard, provenant de la juxtaposition, ou, comme dit Béclard, d'une exagération des mouvements de la base de la langue contre le voile du palais.

Mandl (1), par contre, ne fait pas de différence entre le timbre nasal dans la paralysie du voile du palais et entre le timbre dû, par exemple, à une obstruction des fosses nasales.

Voltolini (*l. c.*, p. 212) dit que l'on observe le même « timbre nasal », que le tuyau naso-pharyngien soit ouvert ou fermé, et il croit pouvoir expliquer ces phénomènes contradictoires par ce fait que l'occlusion palatine ne se produirait jamais pendant la phonation. Nous voyons donc qu'il ne fait pas de différence entre les deux formes de rhinolalie.

Krishaber(2) fait déjà la différence entre le nasillement, ou rhinophonie, produit par fermeture défectueuse du voile du palais d'une part, et celui produit par obstruction des fosses nasales. Mais à la fin de son article, il parle brièvement d'une troisième forme qu'il appelle « pharyngophonie », qui serait due à certaines affections qui viennent obstruer complètement les fosses nasales. Il en serait ainsi dans les adhérences du voile du palais au pharynx, dans les vastes tumeurs naso-pharyngiennes.

Wagner (3), dans le *Traité des maladies du voile du palais*, Wendt et Wagner (4) dans le *Traité des maladies de la cavité naso-pharyngienne et du pharynx*, consacrent quel-

(1) Mandl, *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*, 1872, p. 338.

(2) Krishaber, Du nasillement (*Dictionnaire encyclop.* de Dechambre et *Annal. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1876, p. 199).

Il repousse les expressions de nasonnement et de voix nasonnée qui, très usitées en médecine, ne figurent pas dans le *Dictionnaire de la langue française* de Littré.

(3) Wagner, *Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie*, Bd VII, 2e édit., 1878, p. 130.

(4) Wendt et Wagner, *ibidem*, p. 247 et 250.

ques pages aux troubles de la parole, et Kussmaul (1) comme nous l'avons déjà fait observer, donne un abrégé méthodique des deux formes de rhinolalie. W. Mayer (2), dans son travail magistral sur les végétations adénoïdes, décrit les troubles de la parole occasionnés par elles.

La plupart des autres auteurs traitant la symptomatologie des affections du voile, des fosses et des arrière-fosses nasales ne font aucune mention des troubles qui en sont la conséquence. On rencontre simplement les termes vagues de timbre nasal, etc., sans que le caractère en soit plus distinctement indiqué. Et cependant, ainsi que nous nous proposons de le démontrer, les troubles de la parole constituent, au point de vue du diagnostic, un symptôme important qui nous permet, avant tout examen objectif, d'exclure les affections d'une des parties de l'appareil de l'articulation de la voix et de diriger notre attention vers un point déterminé du canal vocal. Parfois même, alors qu'il n'existe pas de lésions anatomiques apparentes, les troubles du langage sont les seuls symptômes qui nous font reconnaître le siège du mal.

A. — Rhinolalie close (Rhinolalia clausa).

Elle consiste, comme nous l'avons dit plus haut, en ce que les fosses nasales ou les arrière-fosses nasales, ou les deux à la fois, restent fermées alors qu'elles devraient être ouvertes.

Il est important de distinguer ici : 1° s'il existe simplement un obstacle à l'écoulement des ondes sonores sans diminution du calibre de ces cavités, ou 2° si ces dernières sont, en même temps, obstruées et rétrécies, ce qui occasionnerait une diminution de la colonne d'air qui les traverse et vibre avec tout son, venant de la glotte.

1° *L'occlusion sans diminution du calibre* survient si l'obstacle siège soit dans les parties antérieures du nez

(1) Kussmaul, *l. c.*

(2) W. Mayer, Ueber adenoide Vegetationen in der Nasenrachenhöhle (Archiv für Ohrenheilk. Bd 8, 1874)

(oblitération cicatricielle des orifices externes, tumeurs, exostoses, déviation de la cloison siégeant tout à fait en avant, etc.) ou s'il se trouve au niveau du voile du palais (adhérence à la paroi postérieure du pharynx). Dans ces cas, la colonne d'air restant à peu près la même, c'est seulement la prononciation des sons nasaux (*m* et *n*) qui va être gênée, tandis que la résonnance des autres lettres ne subira aucune modification appréciable. On peut du reste facilement se rendre compte de ce fait en se comprimant les deux ailes du nez contre la cloison, tout à fait en avant, et en épelant ainsi l'alphabet. On verra alors que les nasales *m* et *n* seules ne sont pas prononcées distinctement. Le cas suivant, cité par Czermak (1), offre un exemple que le même trouble survient si l'obstacle à l'écoulement des ondes sonores siège au niveau du voile du palais. Il s'agit d'un enfant dont le voile adhérait à la paroi postérieure du pharynx, et qui pouvait prononcer *a*, *e*, *o*, *ou* (*i* lui-même était bien articulé s'il n'était pas prononcé seul) sans qu'aucune de ces voyelles eût de résonance nasale. Mais au lieu de *mein* (mon), le malade disait *bein* et au lieu de *nein* (non) il disait *dein* (2).

2° *L'occlusion avec diminution du calibre* existe si les arrière-fosses nasales ou les parties moyenne et postérieure des fosses nasales proprement dites sont obstruées. Alors non seulement l'émission des nasales est impossible, mais la résonnance de toutes les lettres de l'alphabet est aussi abolie ou tout au moins notablement diminuée.

Ces troubles sont surtout accentués lorsque la cavité naso-pharyngienne elle-même est obstruée, et M. Meyer

(1) Czermak : Einige Beobachtungen über die Sprache bei vollständiger Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Schlundwand (*Sitzungsbericht der Wiener Academie* 1858, p 173-77, d'après Cannstadts Jahresb. über das Jahr 1858.)

(2) Il faut ici exclure bien entendu les cas dans lesquels ces adhérences du voile avec les parois du pharynx sont telles, qu'elles obstruent les orifices postérieurs des fosses nasales, ou qu'elles diminuent le volume de la cavité naso-pharyngienne, comme il advient par exemple dans le cas cité par Kuhn (*Archiv. fur Ohrenheilkunde*, Bd 14, p. 165).

(*loc. cit.*), en décrivant les troubles de langage chez des malades atteints de végétations adénoïdes, dit qu'ils ont le langage mort; ils ne peuvent prononcer *m, n, ng, an, in, on, un* (1). Comme deuxième élément de ce langage mort, la résonance pour tout autre lettre fait absolument défaut chez eux, ce qui donne à la voix le timbre sourd et éteint (2). De ces deux éléments qui engendrent le langage mort, c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui prédomine suivant l'abondance et le point d'implantation du tissu adénoïde. Quand les tumeurs font une saillie notable au niveau du point où le voile du palais se relève et que même au moment où ce dernier est détendu il ne puisse s'établir de communication entre le pharynx nasal et buccal, la prononciation des sons nasaux est alors impossible. Au contraire, si les végétations remplissent surtout la partie supérieure de la cavité naso-pharyngienne, ce sera la résonnance des sons qui fera défaut.

Il est à peine besoin de faire observer que non seulement les végétations adénoïdes, mais encore les autres tumeurs (polypes naso-pharyngiens, kystes de la bourse pharyngienne (3), polypes du nez faisant saillie dans les arrière-fosses nasales, hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs) peuvent occasionner des troubles analogues de la parole.

Si c'est la partie postérieure et moyenne des cavités nasales, proprement dites, qui est obstruée (hypertrophie des cornets, polypes, exostose, déviation de la cloison, formation de cal de la charpente osseuse du nez, obs-

(1) Les malades de Meyer disaient *Dase* au lieu de *Nase* (nez); au lieu de *Zimmermann* (charpentier), *Zibberbad;* au lieu de *Gesang* (chant), *Gesagk*.

(2) Pramberger : Bemerkungen zur Hyperplasie des adenoiden Gewebes im Nasenrachen- und Rachenraum. (*Wiener med. Presse*, nº 31, 2 août 1885.) observe que, dans les cas de végétations adénoïdes, les sons sifflants remplacent souvent les sons nasaux, l'air s'échappant entièrement par la bouche. Ces sons accompagneraient aussi les autres lettres et en rendraient la prononciation encore plus inintelligible.

(3) Tornwaldt : Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea. (Wiesbaden, chez F. Bergmann, 1885.)

truction membraneuse ou osseuse des choanes, etc.), le timbre sourd ne sera pas aussi accusé, puisque la cavité naso-pharyngienne permettra encore une certaine résonnance du son. Les ondes sonores sont réfléchies par les parois de cette cavité résonnant plus fortement que d'habitude dans la tête des malades. Ceux-ci se plaignent en effet de trop entendre leur propre voix. Mais au dehors la voix prend un timbre étouffé. Le son, dit Michel, dans son traité des maladies des fosses nasales (*l. c.*, p. 148), paraît être comme dans une impasse et il lui est impossible de sortir par le nez.

Plus l'obstacle siège en arrière des fosses nasales, plus la parole est étouffée.

On peut facilement se rendre compte des différents degrés de la résonnance depuis le timbre légèrement sourd jusqu'au langage mort et de l'impossibilité d'émission des nasales si l'on a affaire à des individus auxquels on soit obligé de faire le tamponnement antérieur ou postérieur des fosses nasales.

Ajoutons aussi que la partie antéro-supérieure des fosses nasales n'influe en rien ni sur la formation des nasales, ni sur la résonnance. C'est ainsi que nous avons pu observer à la clinique du Dr Moure un garçon, âgé de 10 ans, dont la partie antéro-supérieure de la charpente osseuse du nez avait été traversée par une balle. Cette dernière était entrée dans l'apophyse nasale du maxillaire gauche et prenant une direction exactement horizontale était sortie en un point symétrique de l'apophyse nasale du maxillaire droit. Elle avait brisé les cellules antérieures de l'ethmoïde et la cloison et il en était résulté la formation d'un cal volumineux qui remplissait toute la partie antérieure des méats supérieurs et moyens. L'altération de la parole était alors à peine sensible. Ce n'est que plus tard, lorsque l'obstruction commença à occuper aussi les méats inférieurs et surtout lorsque l'introduction réitérée des sondes à demeure (Charrière 10) eût déterminé un gonflement de la muqueuse de ces

méats, que l'on vit survenir des troubles de la parole.

Nous devons encore mentionner la rhinolalie close que l'on observe, mais à un faible degré, dans les hypertrophies de la muqueuse du nez qui, sans obstruer complètement les fosses nasales, apportent une gêne à l'écoulement libre et à la vibration normale des ondes sonores.

Les granulations de la muqueuse du pharynx peuvent aussi engendrer une rhinolalie close peu marquée. Michel, dans son traité des fosses nasales (*l. c.*, p. 142), dit que, dans ces cas, l'émission des nasales est amoindrie et étouffée car, au lieu de rencontrer des parois lisses et polies, l'air vient frapper des masses charnues. Moins leur prononciation sera forte, moins on les percevra, puisque la suppression des vibrations atteint alors son maximum. L'éclat des autres lettres de l'alphabet sera également affaibli, les vibrations du voile du palais ne pouvant pas se transmettre normalement sur les parois de la cavité naso-pharyngienne. La résonnance est considérablement amoindrie, comme le fait se produirait dans un violon dont on recouvrirait la plus grande partie avec une étoffe.

B. — Rhinolalie ouverte (Rhinolalia aperta).

La rhinolalie ouverte consiste en ce que les fosses et les arrière-fosses nasales restent en communication avec la cavité pharyngienne au moment où elles devraient en être, plus ou moins, séparées par l'action du voile du palais. Ainsi que nous avons déjà vu habituellement, il se produit une occlusion de cet organe pour l'émission de toutes les lettres (les nasales exceptées).

Les affections du voile du palais influant sur sa motilité et s'opposant, par suite, à la séparation normale de la cavité naso-pharyngienne du pharynx buccal, nuisent donc à la formation de la voix articulée.

Nous nous proposons d'étudier les troubles qui sont la

conséquence des affections du voile palatin en énumérant ses maladies, dont le plus grand nombre, pour ne pas dire toutes, amènent une gêne plus ou moins marquée dans ses mouvements.

Ce sont : 1° *Les pertes de substances :* a) Congénitales (avec ou sans fissure de la voûte palatine) ; b) acquises (traumatismes, syphilis, tuberculose, diphtérie).

2° *Paralgsies et parésies du voile palatin :* a) D'origine centrale, accompagnées de paralysies d'autres centres nerveux (hémorragie et tumeur cérébrales, encéphalite, paralysie glosso-labio-laryngée, paralysie ascendante aiguë) ; b) d'origine périphérique ; paralysie faciale avant l'anastomose avec le grand pétreux superficiel (carie du rocher) ; c) d'origine diphtéritique (paralysies toujours bilatérales) (1).

3° *Les œdèmes et infiltrations* dans les cas d'affections aiguës et chroniques de la muqueuse (catarrhe, syphilis, tuberculose, lupus, etc.)

4° *Les troubles mécaniques de la motilité* dans les cas où des tumeurs (adénomes, polypes), des concrétions croûteuses (pharyngo-rhinite atrophique), sans obstruer toutefois les orifices postérieurs des fosses nasales, reposent sur la face supérieure du voile dont elles gênent les mouvements.

5° Citons encore *l'atrophie congénitale du voile* et *la disproportion de la cavité naso-pharyngienne* (voile du palais trop court coïncidant avec une largeur relativement exagérée de la cavité naso-pharyngienne).

(1) Nous classons les paralysies diphtéritiques à part sans vouloir rechercher ici si ces troubles de la motilité sont dus à une névrite (Charcot et Vulpian, 1862, Leyden, P. Meyer, etc.), à des maladies des centres nutritifs des nerfs du voile, dans le cerveau et la moelle épinière (Déjérine), à une affection du système circulatoire (Buhl 1867 et Oertel), ou bien à une affection simultanée du système circulatoire et des nerfs périphériques (Mendel, *Ueber diphteritische Lähmungen, Berliner med. Gesellschaft*, 11 février 1885). Ce dernier auteur s'est basé sur les recherches anatomo-pathologiques faites sur un malade observé par lui.

1° *Pertes de substance congénitales et acquises.* — Nous devons quelques observations générales à Langenbeck (1) sur les troubles de la parole dans les fissures palatines.

Ces troubles, dit-il, sont encore peu connus et difficiles à déterminer. Dans les fissures acquises, le langage est plus nasal, ronflant et sifflant, tandis que dans les fissures congénitales il est plutôt guttural; mais dans les deux cas il est également mauvais et inintelligible. La formation des consonnes est plus difficile que celle des voyelles. L'exercice peut modifier ces défauts du langage, aussi les personnes intelligentes arrivent-elles à de meilleurs résultats que les autres.

L'uranoplastie et la staphylorraphie modifient, dans la plupart des cas, ces troubles de la parole, mais ne les font disparaître que partiellement.

Trélat (2) met le succès des opérations sous la dépendance de l'éducation préalable de l'enfant.

Au point de vue de l'articulation de la voix, il est certainement de la plus haute importance que le voile du palais retrouve la mobilité normale, soit que l'opération ait été faite sur le voile seul, ou à la fois sur le voile et la voûte palatine.

Si le voile est court, rigide, s'il contient beaucoup de tissu cicatriciel et de mucles, l'occlusion de la cavité naso-pharyngienne se fera d'une manière incomplète et il ne se produira qu'une très légère amélioration du langage.

Pour mieux apprécier les altérations du langage dans les cas de perte de substance du voile du palais, nous allons citer ici trois observations prises à la clinique du Dr Moure, dans lesquelles nous tâcherons de reproduire l'alphabet particulier à chacun des malades.

(1) Langenbeck, *Arch. f. Klin. Chirurgie* 1863, Bd. I, p. 1-170.

(2) Trélat : De la valeur des opérations plastiques sur le palais et de la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer *(Académie de méd.* 16 et 23 déc. 1884).

Obs. I. — Fissure partielle congénitale du voile du palais.

L'enfant, âgé de sept ans, fut amené à la clinique pour des troubles de l'ouïe et de la parole. La mère de cet enfant est chétive, anémique et enrouée depuis huit ans. Elle est actuellement en traitement pour une paralysie des thyro-aryténoïdiens internes combinée avec de la parésie des ary-aryténoïdiens. Le père et les autres cinq enfants se portent bien. La petite fille n'a pu être élevée que très difficilement; on a dû la nourrir au biberon. Jusqu'à l'âge de dix-huit mois, elle rejeta par le nez une partie de la nourriture qui lui était donnée. A partir de cette époque, la déglutition s'effectua bien. L'enfant commença très tard à parler, le langage a toujours été peu intelligible. La mère ne s'inquiéta de cet état de langage que lorsque l'enfant dut aller à l'école.

A l'examen, on trouve une division du voile du palais comprenant sa moitié postérieure et mesurant un centimètre et demi environ.

En faisant prononcer la voyelle *a*, les deux moitiés s'écartent et l'angle aigu qu'elles forment au moment du repos devient plus obtus. En même temps, le voile dans sa totalité remonte en haut et en arrière. A l'examen de l'oreille on constate que les tympans sont déprimés et offrent, tous les deux, des cicatrices dans leur segment postéro-supérieur. La caisse paraît rouge par transparence (I). L'examen fonctionnel de l'oreille ne donne pas des résultats exacts, l'enfant était craintive et manquait absolument d'intelligence. A l'auscultation, on n'entend aucun bruit pendant l'exécution du procédé de Politzer.

Ce procédé plusieurs fois répété provoque chez l'enfant

(1) Dieffenbach, le premier, a constaté le fait que presque tous les individus porteurs de division du voile du palais sont durs d'oreille. Les muscles n'ayant pas de point de fixation pour agir sur la trompe, l'aération de celle-ci et de la caisse ne s'effectue pas.

Semeleder a appelé l'attention sur la forme bizarre de l'orifice de la trompe dans les cas de bifidité du voile.

Cité dans Troeltsch : *Lehrbuch der Ohrenheilk.*

des renvois gazeux. Il est difficile de déterminer si ce symptôme était dû à ce que l'enfant peu docile n'avalait pas au moment voulu, ou bien s'il provenait d'une fermeture de la soupape palatine peu solide et facile à rompre. Quant au trouble du langage, il ressortira mieux de l'alphabet de l'enfant, que nous avons noté à plusieurs reprises, et que nous reproduisons de la manière suivante (1) :

a,	*mbe*,	*ne*,	*ne*,	*e*,	*e*(tn)*e*,	*ne*,
a,	be,	ce,	de,	e,	ef,	gue,
a(tn)*e*,	*ni*,	*nji*,	*na*,	*el*,	*em*,	*en*,
ach,	i,	ji,	ka,	el,	em,	en,
o,	*me*,	*cnu*,	*er*,	*e*(tn)*e*,	*ne*,	*u*,
o,	pe,	qu,	er,	es,	te,	u,
ou,	*nve*,	*i*(tn)*e*,		*igre*(tn)*e*,		*njet*,
ou,	ve,	ix,		igrec,		zed.

Obs. II. — **Destruction du voile du palais d'origine syphilitique.**

Mme C. L., vingt-six ans, chanteuse de théâtre-concert. nie tout antécédent spécifique. Son mal de gorge a débuté il y a sept ans. Depuis lors, elle éprouva de temps à autre une sensation de gêne à la gorge. Il y a trois ans, elle vint à la clinique pour la première fois, et M. Moure constata alors une destruction de la luette.

Le traitement antisyphilitique ne fut suivi que pendant huit jours.

Elle revint à la clinique, le 28 juillet 1885. Son mal de gorge a augmenté et depuis deux mois elle parle du nez. Elle est moins gênée pour le chant que pour la parole. Elle est en outre sourde par instants et mouche des croûtes. Lorsqu'elle parle, elle est souvent obligée de s'interrompre pour reprendre haleine.

A l'examen, on constate que le voile du palais est en grande

(1) Les lettres en italiques sont indiquées telles que la malade les prononçait. Notre (tn) doit imiter une expiration bruyante et explosive, qui se faisait entendre pendant la prononciation : *f*, *h*, *x*, *y*, et qui probablement a été produite par les lambeaux du voile palatin.

partie détruit. La destruction porte sur le milieu de l'organe, s'étendant un peu plus du côté gauche. Le moitié du voile environ a disparu. Le pilier postérieur gauche est adhérent à la paroi postérieure du pharynx sur laquelle on aperçoit des ulcérations profondes. Un peu au-dessus du niveau de la base de la langue et 1/2 cent. à gauche de la ligne médiane, on voit une masse charnue, irrégulière qui, selon toute probabilité, est le reste de la luette. Les bords du voile du palais mutilé sont rouges, tuméfiés, ulcérés. Ce qui en reste forme un plan oblique, le pilier postérieur droit étant à sa place tandis que le pilier postérieur gauche est soudé à la paroi postérieure du pharynx.

Du côté des fosses nasales à gauche existe une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur ; à droite, une atrophie de toute la muqueuse qui est recouverte des croûtes sèches.

A l'examen de l'oreille on trouve les deux tympans déprimés, surtout le tympan droit. La muqueuse de la caisse paraît congestionnée. Les trompes peu libres.

On propose un traitement antisyphilitique, mais la malade ne revient plus. L'alphabet de cette femme pourrait se traduire de la manière suivante :

a, me, ce, nde, e, ef, ngue, ach, i, ji, ka, el, em, en, o, (n)*pe, qu, er, es,* (n)*te, u, ou, nve, ix, igrec, zend.*

Brücke (1) qui étudia les troubles dans la formation des lettres chez une personne dont le voile également était détruit par la syphilis, trouva qu'elle ne prononçait mal que *b, d, g,* mais qu'elle prononçait distinctement les *p, t, k,* ce qui n'est pas tout à fait en rapport avec notre observation. Dans notre cas, en effet, le *p* et le *t* étaient accompagnés d'un timbre particulier que nous exprimons dans ce cas comme dans les cas suivants avec : (n).

Obs. III. — Cicatrice sur le voile du palais.

Mlle A. D., trente-deux ans, tailleuse, père mort d'une fièvre pernicicieuse, sa mère, trois frères et trois sœurs bien

(1) Brücke, *Sitzungsbericht der K. Acad. d. Wissenschaften*, 1858, Bd 28. page 63, cité par Kussmaul (*l. c.* page 253).

portants; elle nie tout antécédent spécifique, mais fait observer que son mal de gorge, qui remonte à neuf ans, était accompagné de mal aux yeux. Elle se rappelle avoir eu des taches sur la cornée et comme une toile devant les yeux. Le mal de gorge la gênait pour parler et pour avaler. Les liquides refluaient par le nez. Tout, excepté la voix, était rentré dans l'ordre au bout d'un an.

Etat actuel. — Sur le voile du palais on voit à un centimètre de la ligne médiane sur le côté gauche et 1 centimètre au-dessus du pilier postérieur gauche, une cicatrice blanchâtre, longue de 5 millimètres environ, et formant une petite poche. Le voile du côté gauche paraît plus court que du côté droit. Lors de la prononciation de la voyelle *a* ou *e*, on constate que les mouvements sont plus accentués à droite qu'à gauche. Entre l'amygdale et le pilier postérieur gauche, on aperçoit des bourgeons charnus.

L'alphabet de la malade était le suivant :

a, (n)*be, ce,* (n)*de, e, ef, ngue, ach, i, ji,* (n)*ka, el, em, en, o, pe, qu, er, es,* (n)*te, u, ou, ve, i*(n)*x, y*(n)*grec, zet.*

Comme nous venons de le voir dans notre cas de fissure incomplète congénitale du voile, l'articulation de toutes les consonnes, excepté *m, n, l,* et *r,* était défectueuse, tandis que dans les cas de destruction considérable et de rétraction cicatricielle du voile, les troubles de langage étaient moins prononcés, l'articulation des consonnes explosives étant seule altérée.

2° *Paralysies et parésies du voile du palais.* — Nous nous bornerons à donner ici deux observations, l'une de paralysie et l'autre de parésie diphtéritiques du voile palatin, avec leurs alphabets.

Obs. IV. — **Paralysie diphtéritique du voile du palais.**

M. P..., laboureur, se présente le 19 juin 1885, à la clinique. Les malades auxquels, avant notre arrivée, il cherche à expliquer son mal avec une voix inintelligible, criarde et

accompagnée de gestes, le prennent pour un fou. Il est, en effet, difficile de le comprendre. Enfin nous apprenons qu'il a eu, il y a deux mois, une angine pseudo-membraneuse. Pendant la maladie, qui dura un mois environ, survinrent des troubles de la déglutition et de la phonation qui augmentèrent peu à peu et persistèrent jusqu'à aujourd'hui. Les liquides sortent par le nez, et lorsqu'il veut boire il est obligé de boucher ses narines. Quand il parle il est obligé de prendre haleine à chaque instant.

Il parle à voix haute, croyant se faire mieux comprendre. Il lui est impossible de siffler. Il se plaint aussi de ne pas voir très clair à de courtes distances.

A l'examen du pharynx, on ne constate aucune lésion anatomique, mais en faisant prononcer les voyelles *a* ou *e*, le voile du palais reste tout à fait immobile et détendu. Il est aussi moins sensible au toucher et il ne réagit pas sous l'influence des courants interrompus. Ce phénomène est principalement accusé sur la partie médiane et un peu moins sur les parties latérales.

L'examen de l'œil montra une diminution bilatérale de l'amplitude de l'accommodation jusqu'à 1 dioptrie. Hypermétropie absolue + 0,50 dioptrie. Le fond de l'œil était normal. L'instillation d'ésérine fit diminuer cette parésie des muscles ciliaires. La réflexe rotulienne n'a pas été examinée.

L'alphabet de cet homme est le suivant :

'ha, me, (n)*ce, ne, 'he, ef, ne, ach,* (n)*i, nji,* (n)*ka, el, em, en, o, fe, er, es, nhe, u, ou, nfe, in, ynregn, nzet.*

Trois jours après la première application du courant faradique, on constate une amélioration considérable. Les liquides ne sortent plus par le nez et la parole devient plus intelligible. Les troubles de l'accommodation ont disparu. Après quatre autres séances d'électrisation, la parole reprend tout à fait son timbre habituel et le malade n'éprouve aucun symptôme anormal en dehors d'un léger picotement au bout des doigts et des orteils.

Obs. V. — **Parésie diphtéritique du voile du palais, pneumonie lobulaire, consécutives à la rougeole.**

Un garçon de huit ans est envoyé par son médecin à la clinique pour un trouble de la parole. Le médecin nous apprend dans sa lettre que, il y a trois mois, l'enfant a été atteint de la rougeole. La maladie dura trois semaines. Puis, pendant quinze jours, le garçon parut bien portant et il commença à aller en classe lorsqu'il fut pris d'une toux aboyante. En même temps des fausses membranes apparurent dans le pharynx et on les cautérisa. Bientôt après la voix devint nasonnée, l'enfant vit trouble et éprouva une faiblesse générale, la marche devint indécise et la tête s'inclina en avant. Tous les symptômes ont persisté jusqu'à aujourd'hui. Il n'a, paraît-il, jamais rejeté de liquide par le nez.

Le langage du malade, lorsqu'il répond aux questions qu'on lui adresse, fait tout de suite songer à une affection du voile palatin, mais à l'examen on ne voit aucune lésion anatomique et les mouvements eux-mêmes paraissent s'effectuer régulièrement. Ce n'est qu'en regardant plus attentivement et en faisant prononcer la diphthongue *ae* qu'on s'aperçoit que les mouvements sont moins étendus qu'à l'état normal. Au sommet droit, respiration sifflante et craquement.

L'alphabet : *a*, *me*, (n)*ce*, *ne*, *e*, *ef*, (n)*gue*, *ach*, *i*, (n)*je*, (n)*ka*, *el*, *em*, *en*, *o*, *npe*, *er*, *aes*, *nte*, *u*, *ou*, *nve*, *i*(n)*x*, *y*(n)*grec*, (n)*zet*.

Le malade fut renvoyé à son médecin avec le diagnostic : parésie du voile du palais.

Obs. VI. — **Paralysie du voile du palais consécutive à une angine simple (?)**

Nous ajoutons ici cette observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Moure. Cette paralysie aurait été due, au dire des parents de la malade, à une simple angine. Tel fut du moins le diagnostic porté par le médecin qui donna ses soins à cet enfant durant sa courte maladie (8 jours environ). La malade, âgée de dix ans, aurait souffert de

cette angine il y a vingt jours et de cette époque daterait sa voix nasonnée et le renvoi des liquides par le nez.

L'alphabet était le suivant : *ha*, *me*, *ce*, *ne*, *e*, *ef*, *me*, *ach*, *ni*, *ni*, *a*, *el*, *em*, *en*, *ho*, *ne*, (n)*u*, *er*, *es*, *ne*, *u*, *ou*, *ue*, *i*(n)*e*, *y*(n)*rec*, (n)*zet*.

Après l'électrisation faradique, les liquides ne passent plus par le nez, et la voix redevient plus intelligible, mais elle dit encore *me* au lieu de *be* et *ne* au lieu de *de*. On continue les électrisations.

Il résulte des observations précédentes, que dans les cas de paralysie et de parésie du voile du palais, comme pour les pertes des substances acquises, ce sont les consonnes explosives qui sont altérées dans leur prononciation. Ce fait s'explique par la nécessité où l'on est pour prononcer ces lettres de condenser l'air derrière le point où la cavité buccale doit se fermer (lèvres, dents, palais). De cette manière, grâce à l'ouverture spontanée de cette sorte de réservoir d'air, se produit le bruit spécial qui a valu à ces consonnes la dénomination d'explosives.

Mais si une partie de cet air s'est échappé par le nez avant que l'ouverture ait eu lieu, autrement dit, si cette condensation de l'air ne peut pas s'effectuer, le courant n'a plus assez d'intensité pour y produire les bruit nécessaires pour la prononciation. Ces mêmes individus ne pourront pas non plus siffler ou jouer d'instruments à vent. Quant aux autres consonnes, *f*, *l*, *r*, *s*, elles sont prononcées d'une manière satisfaisante. Inutile de dire qu'il en est de même pour *m* et *n*.

Les voyelles sont, en somme, prononcées assez distinctement, mais elles sont accompagnées d'un timbre spécial qui provient de l'augmentation de résonnance dans les fosses et les arrière-fosses nasales, et qu'il nous est difficile d'imiter par des signes phonétiques.

Lorsqu'il s'agit des paralysies dans lesquelles le voile du palais détendu barre en quelque sorte le chemin au

courant d'air destiné à s'échapper par la bouche et le force à prendre, en très grande partie, la voie nasale, ce timbre est alors plus accentué et la prononciation des voyelles moins distincte.

Par suite du défaut de fermeture de la soupape palatine, la consommation de l'air chez ces individus est très grande, parce que d'une part il existe pour l'air deux portes de sortie au lieu d'une et parce que d'un autre côté les malades cherchent à expulser une plus grande quantité d'air par la fente glottique, afin que celui qui s'échappe par la bouche devienne suffisant pour y produire les bruits qui constituent les consonnes.

En raison de cette grande consommation d'air, les sujets atteints se voient obligés de prendre haleine à chaque instant. Krishaber (1) a fait des expériences sur lui-même, au sujet de la quantité d'air débitée dans la production de la voix normale et de la voix nasillarde; il produisait cette dernière en faisant volontairement tomber le voile du palais. En lisant d'abord un livre couramment et à voix médiocrement élevée il pouvait se faire entendre, sans reprendre haleine, pendant un laps de temps qui variait, suivant la hauteur du ton, de 22 à 27 secondes, S'il lisait ensuite en nasillant, il était obligé de faire une nouvelle inspiration toutes les 4 à 7 secondes.

3° *Œdème et infiltration du voile du palais.* — Dans les cas prononcés, les troubles de la parole seront les mêmes que ceux que nous venons de décrire.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer un cas d'infiltration légère chez un tuberculeux porteur de lésions miliaires du voile, des amygdales et du pharynx, et dans un cas d'angine pultacée. Ici la formation des lettres n'était pas précisément entravée, mais elles étaient accompagnées d'une résonnance exagérée formant un timbre spécial qu'il faut avoir entendu une fois pour le reconnaître toujours et pour l'attribuer à des affections du voile du palais.

(1) *Loc. cit.*, page 202.

4° *Troubles mécaniques de la motilité du voile du palais.* — Lorsqu'il s'agit de tumeurs reposant sur le voile et entravant sa motilité, la rhinolalie sera parfois mixte, car non seulement les mouvements du voile seront gênés, mais les orifices postérieurs du nez et de la cavité naso-pharyngienne seront aussi plus ou moins obstrués selon le siège et le volume de ces néoplasmes. Il serait intéressant d'étudier, dans les différents cas, quelle est la forme de rhinolalie qui domine.

Nous devons encore ajouter qu'il est des cas où, après l'extirpation des tumeurs remplissant les arrière-fosses nasales et ayant empêché toute motilité du voile du palais, ce dernier reste pendant quelque temps dans un état parétique, dû à cette inertie prolongée. Alors les signes de la rhinolalie ouverte viennent remplacer ceux de la rhinolalie close. Un bel exemple de ce genre est le fait suivant, rapporté par W. Meyer (1). C'était un de ses malades auxquels il avait enlevé des végétations adénoïdes. Il se produisit, après que le passage par le nez fut rétabli, au lieu du langage mort (rhinolalie close), habituel dans ces cas, une voix nasillarde d'un autre genre que nous désignons dans notre article sous le nom de rhinolalie ouverte. Cette dernière était due à un état parétique du voile qui disparut un an plus tard.

5° *Atrophie congénitale du voile palatin et disproportion de la cavité naso-pharyngienne.* — Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer de faits de cette nature. Mais comme exemple d'atrophie des muscles du voile, nous croyons pouvoir citer le fait curieux raconté par Billroth (2), dans une leçon sur l'opération de la fissure de la voûte palatine. Il s'agissait du frère d'une fille opérée de fissure palatine congénitale, qui avait la même altération du langage que sa sœur. Il n'était point atteint de fissure, mais au toucher on pouvait constater que, au-

(1) *L. c.*, pages 248 et 249.
(2) *Allgem. Wiener mediz. Ztg*, n° 50, 1885.

dessous de la muqueuse intacte, une partie de la voûte et probablement aussi les muscles insérés sur cette dernière faisaient défaut.

Si, maintenant, nous résumons ce que nous avons dit de ces deux formes de rhinolalie, nous voyons qu'on peut établir une séparation bien nette entre ces deux espèces de troubles de langage si différents quant à leur étiologie et quant à leur symptomatologie. Ces modifications de la voix articulée offrent en effet non seulement un intérêt théorique, mais aussi une grande importance pratique. Et l'on peut dire que, toutes les fois que la prononciation des nasales *m* et *n* sera défectueuse ou abolie, c'est qu'il existera une séparation anormale antérieure ou postérieure des fosses nasales d'avec le pharynx buccal. Si, en même temps, le timbre de la voix est étouffé ou sourd, si la résonnance au dehors est diminuée, on peut en conclure que ces cavités sont obstruées.

Si, par contre, la prononciation des consonnes explosives (*b*, *d*, *g*, *k*, etc.) est défectueuse, et si l'émission des voyelles est accompagnée d'une résonnance exagérée, le voile du palais est sûrement atteint.

Dans les cas moins graves où la prononciation des lettres n'est pas complètement entravée, le timbre spécial fera reconnaître si l'altération phonétique est le résultat d'une diminution ou d'une exagération de la résonnance dans ces cavités. C'est surtout dans ces cas légers que les modifications de la voix parlée viennent en aide au médecin pour établir un diagnostic exact.

C'est ainsi qu'elles appelleront, par exemple, notre attention vers de petites tumeurs du pharynx nasal et un gonflement de la partie postérieure des cornets d'une part, ou vers des légers degrés de parésie du voile du palais.

Etudier la nature des troubles de la parole dans les affections des diverses parties du canal vocal si importantes pour l'articulation de la voix ; noter l'insuffisance

des termes vagues ordinairement employés tels que nasillement, nasonnement, etc., lorsqu'on veut désigner les troubles de la parole dans ces diverses affections; diriger enfin l'attention sur l'importance diagnostique et la nécessité d'établir une différence nette entre ces deux formes de rhinolalie, tel était le but de notre travail.

SYPHILOME DES DEUX CORDES VOCALES INFÉRIEURES

Observation publiée par le Dr Eugène EEMAN, de Gand.

Dans son travail sur le syphilome du larynx (Syphilom des Larynx. *Deutsche Archiv für Klin. med.*, von Dr von Ziemssem. XX Bd, 1 und 2 Heft) Schech s'exprime ainsi : « Des diverses affections qui atteignent le larynx à la suite de syphilis, le syphilome ou gomme est incontestablement la plus rare. L'insuffisance de nos connaissances actuelles sur ce sujet est d'autant plus excusable, que les cas observés au laryngoscope sont encore extrêmement rares, et que même dans le nombre, il s'en trouve plusieurs qui, au point de vue du diagnostic, ne semblent pas établis avec toute la rigueur désirable. »

D'autre part, Massei affirme, dans son intéressante étude (Sifilide gommosa delle corde vocali, *Giornale Internazionale delle scienze mediche*. Nuova serie. Anno I, fascicolo 8), que la gomme est, de toutes les manifestations spécifiques, celle que l'on rencontre le plus souvent dans le larynx.

Cette divergence d'opinions s'explique par ce fait que le syphilome laryngé parcourt très rapidement les diverses phases de son évolution. Quelque fréquente que soit l'infiltration gommeuse diffuse ou circonscrite, nous avons très rarement l'occasion de l'observer à la période d'état.

Lorsque le malade nous arrive, la fonte du syphilome est accomplie. Nous reconnaissons l'existence d'ulcérations spécifiques plus ou moins profondes; souvent

même, la rétraction cicatricielle a déjà amené une sténose de degré variable.

Le plus ou moins de fréquence du syphilome laryngé, n'est d'ailleurs pas le seul point du problème, sur lequel l'obscurité règne encore; après avoir parcouru la littérature laryngologique à ce sujet, force nous est de reconnaître avec Semon (On some rare manifestations of syphilis in the Larynx and Trachea. *Lancet,* April 1, 8, 15, etc., 1882) que la question est encore à l'heure actuelle « *dans un état de grande confusion.* »

Il est donc désirable que tous ceux qui ont l'occasion d'observer des cas de cette nature, fassent connaître le résultat de leurs études; c'est au prix d'un effort commun seulement, que la lumiùre se fera sur ce chapitre intéressant de pathologie laryngée.

La femme D... C..., Thérèse, de Gand, 55 ans, marchande ambulante, mariée, mère de six enfants tous en bonne santé, m'est adressée par un confrère le 18 janvier 1883.

Comme antécédent morbide, laryngite aiguë, a frigore, dont la malade fut atteinte à l'âge de vingt ans; à défaut de soins médicaux et sous l'influence de l'abus de la parole, du froid, de l'humidité, le catarrhe passa bientôt à l'état chronique, sans déterminer d'ailleurs d'autres symptômes qu'une raucité de la voix, tantôt plus, tantôt moins accusée.

Six mois avant la date à laquelle je vis la malade pour la première fois, apparut un symptôme nouveau : la *dyspnée;* d'abord insignifiante, elle augmenta de jour en jour. La malade ne peut faire vingt pas sans s'arrêter pour reprendre haleine; il lui est devenu très difficile de gravir quelques marches d'escalier. La raucité a fait place à l'aphonie. Jamais de douleurs au niveau du larynx, ni toux, ni expectoration.

Avec l'apparition de la dyspnée a coïncidé le début de troubles généraux graves; plus de sommeil; les forces déclinent rapidement; les fonctions digestives languissent; la malade maigrit et présente tous les signes d'une anémie profonde.

Pâleur extrême de la muqueuse du pharynx et du voile du palais. Malgré la dyspnée, l'examen laryngoscopique est parfaitement supporté et je puis analyser l'image dans tous ses détails dès la première application du miroir.

La muqueuse laryngienne est extraordinairement anémiée ; à part ce défaut de coloration, le larynx est normal dans toutes ses parties, à l'exception des *cordes vocales inférieures.*

Elles se détachent avec une netteté extrême sur le fond pâle du larynx, sous forme de deux bourrelets épais, arrondis, à surface lisse, *d'un rouge sombre.* La corde vocale inférieure droite recouvre la moitié environ de la largeur de la corde vocale inférieure gauche.

La coloration du bourrelet droit, le seul par conséquent visible dans toute son étendue, n'est pas uniforme en tous ses points. Elle a son maximum d'intensité à la partie moyenne de la corde et au voisinage immédiat du bord libre ; elle pâlit assez régulièrement du milieu de la corde vers les extrémités et du bord vers le ventricule d'autre part. La partie tout à fait antérieure des cordes est normale au point de vue de la forme, du volume, mais légèrement rosée ; il en est de même de leur partie postérieure dans toute l'étendue de la glotte intercartilagineuse.

La fente glottique se trouve ainsi réduite à un petit triangle à sommet antérieur répondant au point où les deux bourrelets se rencontrent, à base postérieure (région interaryténoïdienne).

La hauteur de ce triangle est très exactement mesurée par la longueur de la glotte intercartilagineuse. Les efforts de phonation, d'inspiration les plus énergiques ne modifient guère l'image laryngoscopique. Il s'opère un glissement très limité du bourrelet droit sur le gauche,

Au niveau de l'attache du chef externe du sterno-cléido-mastoïdien gauche sur la clavicule, la peau présente une ulcération arrondie de 1 $^1/_2$ centimètre de diamètre, à bord taillé à pic ; cette ulcération, au dire de la malade, s'est développée, sans cause connue, il y a quelques semaines, et ne provoque aucune douleur. A la partie tout à fait infé-

rieure du chef interne du sterno-cléido-mastoïdien droit, près de l'attache au sternum, se trouve dans le corps du tendon, une tumeur arrondie, nettement limitée, de la grosseur d'une bille à jouer, dure, absolument indolente, très légèrement mobile, indépendante de la peau, d'ailleurs normale en ce point ; je découvre une tumeur analogue mais un peu moins volumineuse à la mandibule, à la partie inférieure du bord postérieur de la branche montante droite. Cette tumeur est dépendante du périoste.

L'examen du cœur, des poumons, des autres viscères ne fait découvrir aucune anomalie. Engorgement peu marqué des ganglions cervicaux postérieurs.

Diagnostic. — Sténose laryngée par développement d'un syphilome dans les deux cordes vocales inférieures.

Traitement. - La malade n'ayant jamais présenté de manifestations syphilitiques, tout au moins n'ayant jamais souffert d'accidents assez importants pour fixer son attention, n'a pas encore été soumise à la médication spécifique.

J'institue le traitement mixte : frictions mercurielles quotidiennes (deux grammes d'onguent mercuriel double) ; à l'intérieur : iodure de potassium, à la dose de deux grammes. Pansement de l'ulcère cutané à l'iodoforme. Quelques notes extraites de mon registre d'observations permettront d'apprécier les effets du traitement.

23 janvier 1883. — Cinq jours après le début du traitement, diminution notable de la dyspnée; volume des bourrelets légèrement réduit; ils ont un peu pâli; les mouvements des cordes sont plus étendus. Deux frictions par jour avec deux grammes d'onguent chaque fois. Même dose d'iodure.

30 janvier. — Dyspnée beaucoup moindre; sommeil excellent; l'appétit se réveille; l'ulcère cutané est en voie de cicatrisation. Modifications frappantes dans l'état du larynx; le bourrelet droit n'a plus que la moitié du volume qu'il présentait le 18; la corde gauche est presque revenue au volume normal. Continuer les frictions; 3 grammes d'iodure par jour.

3 février. — La dyspnée a disparu; la gomme du sterno-

cléido-mastoïdien est très réduite; celle du maxillaire inférieur n'a plus guère que 1/5 du volume primitif; les gommes du larynx offrent des modifications analogues; la corde droite ne recouvre plus la gauche; leurs bords libres se touchent dans toute leur longueur pendant la phonation. Mouvements d'adduction et d'abduction normaux. Le travail de résorption des gommes laryngées s'opère du bord libre vers le ventricule. C'est la partie la plus voisine de l'entrée du ventricule qui revient en dernier lieu à l'état normal.

Voix forte, mais rauque.

13 février. — Plus aucune trace du syphilome de la corde gauche; à droite un dernier reste d'infiltration gommeuse à la partie moyenne de la corde.

Les autres gommes ont entièrement disparu. L'ulcération cutanée est cicatrisée. Je supprime les frictions mercurielles et fais continuer l'usage de l'iodure de potassium.

3 mars. — Cordes presques blanches nacrées, mais mal tendues.

10 mars. — Image laryngoscopique absolument normale; voix forte, bien timbrée; la malade me déclare que depuis la laryngite aiguë contractée à l'âge de vingt ans, elle n'a jamais eu la voix aussi claire ni aussi forte.

L'état général est excellent.

J'ai revu la malade le 24 novembre 1883; elle a repris l'iodure à intervalles réguliers. La guérison s'est maintenue; voix normale; teint frais, embonpoint.

La femme D... C... ne m'a plus consulté depuis cette époque et, j'ai lieu de croire qu'il ne s'est pas produit de nouvelles manifestations syphilitiques.

Au point de vue étiologique, cette observation confirme l'opinion de Ziemssen (Handuch IV, 376) : « Les syphilitiques qui, par la nature de leurs occupations ou par habitude, soumettent leur organe vocal à de grandes fatigues ou à des refroidissements fréquents ou d'autres influences nuisibles, sont bien plus exposés, *ceteris paribus*, que les syphilitiques placés dans des conditions oppo-

sées, à souffrir d'une affection syphilitique du larynx. »

Les cas de Schech viennent appuyer cette manière de voir, déjà mise en avant d'ailleurs par Gerhardt et Roth (*Ueber Syphilitischen Krankheiten des Kehlkopfes. Virchow's Archiv.*, B. XXI, p. 21 et 42).

La femme D... C.., atteinte de laryngite aiguë à l'âge de vingt ans, avait toujours continué à exercer le métier de marchande ambulante, criant sa marchandise sur les places publiques, exposée à toutes les intempéries de l'atmosphère. Il n'est donc pas étonnant qu'au cours d'une syphilis constitutionnelle, il se soit produit une détermination de la diathèse, sur un organe malade et affaibli depuis longtemps.

Quant au siège des syphilomes, mon observation démontre que la bilatéralité, la symétrie des tumeurs syphilitiques du larynx, n'est pas aussi absolument que le croyait Jonathan Hutchinson (Semon, *loc. cit.*, p. 11) un caractère propre aux manifestations de la période secondaire.

La bilatéralité des gommes laryngées se retrouve d'ailleurs dans plusieurs observations connues, parmi lesquelles je me contente de citer celles de Massei. Elle constitue un fait de la plus haute importance, car elle communique à l'affection uu caractère tout particulier de gravité.

Les gommes *bilatérales*, parcourant leurs diverses phases d'évolution, à défaut d'un traitement approprié, amènent en effet une sténose cicatricielle de forme redoutable.

N'ayant observé qu'un seul cas de syphilome laryngé à la période d'infiltration, je ne puis émettre une opinion absolue sur la difficulté plus ou moins grande que présente le *diagnostic* de cette affection. Je suis cependant porté à le considérer avec Schech comme un des plus difficiles que le laryngologiste puisse avoir à poser. Les causes d'erreur ont été très bien décrites par Schech, Massei et d'autres auteurs.

Dans l'observation que j'ai relatée, le diagnostic était exceptionnellement facile. L'image laryngoscopique si absolument inusitée, la nature des signes objectifs avec leur localisation parfaite, la coexistence d'une ulcération cutanée syphilitique, de deux tumeurs nettement de nature gommeuse, ne m'ont pas paru permettre un instant d'hésitation.

L'interrogatoire, plusieurs fois repris, m'a fait reconnaître que la malade ignorait absolument avoir été infectée. La syphilis n'avait antérieurement provoqué chez elle aucune manifestation assez sérieuse pour l'inquiéter. Je n'ai pu retrouver aucune trace d'accidents antérieurs.

En présence des signes manifestes constatés, les aveux étaient d'ailleurs inutiles, et le fait de ces syphilis, latentes pendant un grand nombre d'années et produisant tout à coup des accidents redoutables, est trop familier à tous les médecins, surtout à ceux qui s'occupent de pathologie laryngée, pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Je me suis cru autorisé à attendre du *traitement* un effet rapidement favorable, parce que les syphilomes étaient très certainement à la période d'infiltration; l'examen le plus minutieux ne m'a fait reconnaître en aucun point les signes laryngoscopiques annonçant le début du travail de ramollissement.

Avec la grande majorité des auteurs, je crois qu'en présence d'un syphilome laryngé, il convient de faire marcher de pair le traitement général et le traitement local. Ce ne sont donc pas des vues théoriques qui m'ont déterminé à m'abstenir entièrement, dans l'espèce, de toute intervention locale. A la première visite de la malade, la dyspnée était si prononcée, la fente glottique si réduite que j'ai cru prudent de me borner au traitement général.

Au deuxième examen déjà, le travail de résorption rapide était si bien établi que le traitement local m'a paru superflu. La guérison ne pouvait être plus complète;

eût-elle été plus rapidement obtenue si j'avais joint des applications médicamenteuses locales au traitement mixte? Si j'en juge par les observations publiées, je crois devoir répondre négativement à cette question.

COMPTE RENDU DE LA 58e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A STRASBOURG

TENUE A STRASBOURG DU 18 AU 23 SEPTEMBRE 1885 (1).

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Séance du 18 Septembre 1885.

M. BETZ (Mayence) montre les pièces anatomiques d'un cas de **polype de la trachée inséré au niveau de la bifurcation des bronches.**

La malade, âgée de 34 ans, souffrait depuis quelques mois d'accès de suffocation, survenant tout à coup alors que la respiration s'accomplissait d'une manière normale. Ces accès disparaissaient ensuite après quelques instants. L'examen physique donna un résultat négatif et on pensa longtemps qu'on avait affaire à un simple asthme. Les accès devenant plus graves et plus fréquents, on pria M. Betz de pratiquer l'examen laryngoscopique, qui ne permit de trouver aucune affection de la muqueuse du larynx ou de la partie supérieure de la trachée. Pendant cet examen, l'on ne peut apercevoir la bifurcation. Avant que l'on ait pu faire un second examen, la malade mourut pendant un accès de suffocation.

A l'autopsie on trouva sur le côté gauche de la crête de la bifurcation trachéale un énorme polype mesurant 5 centimètres de long, dont la partie plus petite plongeait dans la bronche gauche, tandis que la partie plus grande était située dans la trachée elle-même, ayant probablement amené dans cette position la suffocation et la mort. Pendant les moments de repos, cette dernière partie de la tumeur était certaine-

(1) D'après le *Tageblatt der 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg*, 28-23 septembre 1885.

ment couchée dans la bronche droite. Si l'on avait fait à temps le diagnostic on aurait peut-être pu essayer, dit le rapporteur de ce cas, l'extirpation du polype à l'aide de l'anse galvanique en pratiquant d'abord la trachéotomie profonde et en introduisant un miroir qui aurait servi de guide.

L'examen microscopique démontra qu'ils s'agissait d'un fibrome. .

M. Schmithuisen rapporte **deux cas d'excavations occupant le cornet moyen et provoquant un écoulement fétide.**

Dans ces deux cas, la maladie existait depuis 8 à 10 ans occasionnant quelques douleurs dans les maxillaires mais sans gonflement de ces derniers.

Le cornet moyen n'a pu être vu qu'après l'ablation des granulations polypoïdes qui recouvraient la partie antérieure.

On constata alors que le cornet formait une tumeur remplissant toute la partie supérieure des fosses nasales et déviant le cornet inférieur.

Une pression exercée sur le néoplasme fortement tendu, faisait écouler un liquide fétide et jaunâtre, ce qui permit de penser à un abcès.

La tumeur fut incisée avec le galvano-cautère, l'incision fut élargie et il s'écoula une grande quantité de pus fétide. On détruisit la paroi de la cavité et 2 à 3 semaines plus tard les deux malades étaient guéris.

D'après le rapporteur, les sinus accessoires étaient intacts.

Jacoby (Magdebourg) dit avoir observé aussi plusieurs cas de suppuration provenant de la fente qui existe entre le cornet moyen et la paroi latérale ; il ajoute avoir guéri ses malades en perforant le cornet à l'aide du galvano-cautère. Mais, d'après cet auteur, il s'agissait toujours dans les cas de ce genre d'une affection des sinus maxillaires ou frontaux. S'il n'y a pas de symptômes des compressions, c'est que l'écoulement des sécrétions n'est pas entièrement aboli.

M. Ziegelmayer (Langenbrücken) a guéri un cas de suppuration sanieuse par des pulvérisations d'eaux sulfureuses.

---

qui en résultent peut irriter les fibres pulmonaires et cardiaques du pneumogastrique et déterminer par cette voie dans les centres nerveux des irritations anormales.

De plus l'irritation directe des divisions du trijumeau, soit par les polypes eux-mêmes, soit par les points comprimés de la cloison, peut se propager par voie réflexe à d'autres branches de ce nerf.

De même cette excitation est susceptible, par l'intermédiaire des ganglions « rhinicum et ciliare » sans participation des centres cérébraux, d'engendrer directement une irritation des fibres vaso-motrices et glandulaires.

A la fin de son article, l'auteur prie ses collègues de vouloir bien faire examiner toutes les tumeurs enlevées avec l'anse afin de pouvoir trancher la question des tumeurs polypoïdes du nez dont il a décrit une forme spéciale sous le nom des tumeurs papillaires (1883, *Virchow's Arch.*, 93 Bd.).

M. Stein (Francfort-sur-le-Mein), **Sur des méthodes nouvelles de l'emploi de la lumière électrique en laryngologie ; et sur la photographie du larynx.** (*Ueber neue Verwendungsweisen des electrischen Lichtes in der Laryngologie und die Photographie des Larynx*).

M. Stein rappelle les démonstrations qu'il a faites dans la réunion de l'année dernière à Magdebourg et dit avoir modifié les appareils électriques de telle manière qu'ils suffisent maintenant pour l'usage pratique.

Cette amélioration concerne d'abord la batterie électrique et ensuite l'adaptation de lampes incandescentes électriques au miroir laryngien. Il donne les détails et présente les modèles.

Il montre ensuite une lampe électrique appelée à remplacer les lampes à l'huile, au pétrole ou au gaz, qui peut fonctionner, nourrie par une petite batterie, 2 à 3 heures avec une intensité de 5 à 6 bougies sans qu'on ait besoin de changer le liquide de la batterie.

A la fin il présente son nouvel appareil photographique du larynx qui est construit d'après les principes de l'appareil

de French et la méthode de l'appareil de L. Browne et E. Behnke, mais qui réduit la chambre photographique, le miroir laryngien et la source lumineuse à de très petites dimensions. L'auteur montre les photographies faites avec son appareil (1).

Séance de l'après-midi du 19 septembre 1885.

M. Schnitzler propose de fonder une société allemande de laryngologie et de rhinologie. Cette proposition est acceptée à l'unanimité et on nomme un comité préparatoire dont font partie MM. Schnitzler (Vienne), B. Fraenkel (Berlin), Gottstein (Breslau), Meyer-Hüni (Zurich), Schmidt (Francfort-sur-le-Mein), Hoppmann (Cologne), P. Meyer (Strasbourg).

M. Schnitzler discute la valeur des remèdes prônés l'année dernière pour traiter les affections des voies aériennes supérieures, tels que la *cocaïne*, le *menthol*, et l'*acide lactique*.

Il reconnaît la valeur de la cocaïne sans vouloir pourtant l'exagérer.

Quant au menthol, il ne le recommande pas. De même il ne croit pas que l'acide lactique, recommandé dans la tuberculose laryngée par Kraus, soit supérieur à l'acétate de plomb, au sous-nitrate de bismuth et à l'iodoforme.

M. Gottstein (Breslau) approuve, en général, la manière de voir de son confrère. Il n'emploie jamais la cocaïne pour faciliter l'examen laryngoscopique et il permet encore moins à ses élèves de s'en servir. Mais dans les opérations endolaryngées, il apprécie ce remède plus que M. Schnitzler. Il emploie des solutions à 20 0/0, après avoir diminué la sensibilité du larynx à l'aide de l'introduction réitérée de la sonde pendant 2 à 3 jours. Il a aussi retiré de bons résultats de son emploi dans la chorée du larynx.

Dans les cautérisations galvaniques des cornets, il ne l'emploie guère, la douleur, dans la plupart des cas, n'étant pas

(1) Tous ces instruments dont nous ne pouvons pas donner ici les détails sont fabriqués dans l'atelier électrotechnique de M. R. Blaensdorf successeur, à Francfort-sur-le-Mein.

trop intense. Parfois les muqueuses dégonflent tellement qu'on hésite, au premier moment, à faire la galvanocaustie proposée.

M. Gottstein a pu observer, dans un cas d'ulcération tuberculeuse de l'épiglotte, une disparition de la dysphagie et de la douleur pour longtemps par suite de l'emploi d'une solution d'acide lactique de 50 0/0.

Ce remède avait agi de même dans un cas d'ulcération gangréneuse du voile du palais. D'autres fois le résultat fut moins net.

M. Rosenfeld (Stuttgard) fait remarquer que l'emploi de la cocaïne diminue, dans les opérations des fosses nasales, l'hémorragie mais occasionne parfois 1/4 ou 1/2 heure après des hémorragies ultérieures très abondantes, ce qui proviendrait de la parésie des muscles vasculaires préalablement mis en contraction par la cocaïne. Si, chez certaines personnes, la cocaïne n'agit pas aussi bien que chez d'autres, c'est qu'il se forme facilement, dans la solution de ce remède, des champignons et des bactéries qui la rendent moins efficace. M. Rosenfeld attribue une grande importance à la cocaïne dans les ulcérations tuberculeuses du pharynx, du voile et de la paroi postérieure du larynx, surtout quand l'alimentation est entravée.

Séance du 21 septembre 1885.

Au début on combine les sections laryngologique et otiatrique.

M. Hedinger fait une communication **sur des batteries galvanocaustiques** et M. Gottstein montre un couteau pour **l'extirpation des végétations adénoïdes** (voir notre compte rendu de la section d'otiatrie, page 48 de la *Revue*).

M. Roller (Trier) fait une communication **sur deux cas rares de nécroses du larynx** (*Uber 2 seltene Fælle von Kehlkopfnekrosen*),

Dans le premier cas, il s'agissait d'un néoplasme sarcoma-

teux de la bande ventriculaire gauche et du périchondre du cricoïde, avec nécrose consécutive de ce cartilage. La maladie aurait débuté, après un refroidissement, par une fièvre accompagnée de dyspnée, dysphagie, sécrétion abondante dans la gorge et voix rauque. Huit jours après, ces symptômes auraient diminué, persistant à un degré moindre. Trois mois plus tard auraient apparu sur la colonne vertébrale (région lombaire), sur le mollet droit, sur la tubérosité frontale droite et au niveau du coude droit, des tumeurs augmentant lentement de volume, mais peu sensibles. L'examen laryngoscopique, fait à cette époque, montra un gonflement circonscrit de la grandeur d'une cerise et d'un bleu rouge de la partie antérieure de la bande ventriculaire gauche.

Etant donnée l'existence des autres tumeurs dans lesquelles on fit une ponction explorative, et dont on put reconnaître la nature sarcomateuse, M. Roller diagnostiqua un sarcome de la bande ventriculaire gauche.

Avant la mort survint encore un abcès rétro-pharyngien.

A l'autopsie on constata aussi qu'il y existait une périchondrite du chaton du cartilage cricoïde avec formation d'un séquestre.

Le second cas concerne une dame âgée de 30 ans atteinte d'une adhérence antérieure des cordes vocales et d'une fistule du cou qui permet de toucher, avec la sonde, le cartilage thyroïde dénudé. Cette affection dure depuis plusieurs années et tend à s'améliorer.

M. Meyer-Huni demande si les assistants à cette réunion ont obtenu quelques effets de l'emploi des pastilles de la résine de gaïac, recommandée par M. Schmidt, dans l'angine amygdalienne. Pour sa part, il n'en a pas vu se produire.

M. Betz a observé un cas où ces pastilles faisaient du bien.

M. Gottstein termine la séance en remerciant le comité de la manière dont a été préparée cette réunion laryngo-otiatrique.

Dr L. Lichtwitz.

BIBLIOGRAPHIE

De l'érysipèle du larynx (*Sulla erisipela della laryngе* (1), par M. le prof. F. Massei, de Naples.

Dans le courant de l'année 1884, l'auteur fut, à diverses reprises, appelé à traiter plusieurs cas d'une affection laryngée qu'il avait eu rarement l'occasion d'observer au cours d'une longue pratique. Avant de tirer de ces faits les déductions qui en découlent et d'établir la nature du processus morbide dont ils dépendent, l'auteur rapporte ces faits eux-mêmes au nombre quatorze. Ne pouvant les reproduire ici, nous allons décrire les principaux symptômes présentés par les malades. Nous pouvons les ranger en deux catégories.

1° *Symptômes subjectifs*. La fièvre en est un des plus remarquables. Dès le début de la maladie on voit la température s'élever à 40° degrés et plus, elle présente des rémissions matinales avec exacerbation vespérale, elle apparaît avec la lésion pour disparaître complètement avec elle. Signalons ensuite la douleur, douleurs à la déglutition ordinairement très vives, quelquefois aussi douleurs à la région pré-laryngée (obs. IV). Une gêne respiratoire considérable accompagne ce symptôme. La dyspnée se manifeste aux deux temps de la respiration, elle est quelquefois plus marquée à l'inspiration, elle peut aller jusqu'à l'orthopnée et aux accès de suffocation, déterminant ainsi, lorsqu'on n'intervient pas, la mort du malade.

2° *Symptômes objectifs*. Lorsqu'on pratique l'examen du malade, on trouve quelquefois, à la gorge, les signes de l'angine folliculaire; d'autres fois, au contraire, rien n'explique la douleur à la déglutition. Il en est tout autrement lorsqu'on pratique l'examen laryngoscopique : on constate alors une tuméfaction plus ou moins considérable, quelquefois énorme, de l'épiglotte et des replis glosso ou ary-épiglottiques. La muqueuse des parties malades est très rouge, tendue, recouverte par places de sécrétions. Dans quelques cas, l'auteur a constaté l'inflammation et le gonflement des ganglions péri-trachéaux.

(1) Naples, Leonardo Vallardi, éditeur.

Dans un des cas publiés par Masseï, la malade présente, alors que tous les symptômes laryngés avaient disparu, des signes très nets (obs. III) de pneumonie. Ce qui semblerait indiquer la propagation aux voies respiratoires inférieures de la maladie du larynx.

Tels sont, en résumé, les principaux symptômes présentés par les malades. A quelle affection les rattacher?

En raison de la fièvre et du type fébrile; de la marche clinique de l'affection; de l'invasion migratoire (invasione migratoria) des muqueuses voisines, les expressions d'*œdème primitif* et de *laryngite phlegmoneuse* ne sauraient satisfaire le clinicien. Si l'on considère, en outre, que les ganglions lymphatiques ont été souvent pris, que, dans un cas (obs. III), la maladie s'est portée au poumon non par propagation, mais a sauté, pour ainsi dire, du larynx qui est redevenu normal au poumon, on devra conclure que le processus morbide est l'érysipèle et que les malades étaient véritablement atteints d'érysipèle primitif du larynx. A ce sujet M. Masseï rapporte les opinions des différents auteurs qui ont parlé de l'érysipèle du larynx (Ziemssen, Mackenzie, Türck, Charazac, etc., etc.) et de la possibilité de voir se manifester cette affection dans l'organe vocal, mais dont aucun, nous devons le dire, ne l'a décrit d'une manière aussi complète, et n'en a aussi bien démontré l'existence.

L'érysipèle peut donc se manifester primitivement dans le larynx : il peut y constituer une affection autonome, et du larynx (obs. III) se porter au poumon.

Le diagnostic sera basé sur les anamnestiques, la marche de la maladie, l'examen objectif, l'existence de la fièvre et ses caractères. De plus l'érysipèle du larynx commence presque constamment sur l'épiglotte, la base de la langue et les replis glosso-épiglottiques qui possèdent en abondance du tissu lymphatique.

Le cours de la maladie est toujours aigu et rapide, on doit, à ce point de vue, considérer, cependant, deux formes d'érysipèle du larynx, l'une dans laquelle les symptômes généraux l'emportent sur les symptômes locaux, l'autre dans laquelle ces derniers sont les plus importants.

La guérison, sauf dans les cas de gangrène, a lieu sans laisser de trace après elle; cette affection est cependant grave, le malade peut, en effet, être emporté par la laryngo-sténose, par la migration aux voies respiratoires du virus érysipélateux, par des phénomènes infectieux, enfin l'érysipèle laryngé peut être la cause déterminante d'une tuberculose pulmonaire (obs. IV) encore à l'état latent. Nous n'insisterons pas sur le traitement qui doit répondre à deux indications : on doit, en effet, combattre les symptômes généraux et les symptômes locaux. Cette partie, comme toutes les autres du reste, est fort bien traitée par M. Masseï; nous y renvoyons le lecteur.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Il existe réellement un érysipèle du larynx;

2° La plupart des cas décrits comme étant des cas d'œdème aigu primitif sont des cas d'érysipèle du larynx, ce dernier est donc bien moins rare qu'on ne l'avait cru jusqu'alors ;

3° Il existe deux formes d'érysipèle du larynx : une dans laquelle les symptômes locaux l'emportent ou contrebalancent les symptômes généraux, une autre dans laquelle l'état général l'emporte sur les conditions locales.

4° Le meilleur mode de traitement consiste : *a*) dans l'emploi du froid aidé de révulsifs intestinaux et de la médication générale réclamée par les circonstances; *b*) les scarifications; *c*) la trachéotomie lorsque, malgré le traitement, il y a des dangers de suffocation.

Nous avons essayé, dans ce résumé succinct, de donner une idée, aussi nette que possible, du remarquable travail de M. le prof. Masseï. Si nous ne partageons pas tout à fait une manière de voir aussi catégorique, ne pouvant avec lui admettre que tous les cas d'œdème aigns primitifs étaient des érysipèles, nous ne saurions cependant mieux faire en terminant que d'engager le lecteur à lire cet article lui-même : il y trouvera plaisir et profit.

Dr J. Charazac.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan,

par le Dr G. Thibierge.

Les lésions de la bouche sont assez fréquentes dans le lichen plan et y offrent des caractères spéciaux méritant une description absolument distincte de celle des stomatites chroniques généralement connues.

Ces caractères, au reste, n'avaient pas passé complètement inaperçus jusqu'à ce jour. Ils avaient été signalés par divers auteurs. E. Wilson, J. Hutchinson, Crocker, Pospelow, Unna avaient rapporté des observations de lichen plan compliqués de lésions de la muqueuse buccale.

Les lésions de la muqueuse peuvent coïncider avec celles de la peau, ou bien les précéder, ou encore les suivre, mais leur époque d'apparition est généralement difficile à déterminer parce que d'ordinaire elle ne donne lieu qu'à des troubles fonctionnels peu marqués. Les malades n'éprouvent ordinairement qu'une rudesse de la muqueuse. Les lésions occupent la langue et la face interne des joues, elles ont sur ces deux régions des caractères distincts.

Sur la langue ce sont des taches blanches tranchant, par leur coloration, sur celles des parties voisines de forme arrondie ou légèrement irrégulière sans aucune saillie : les papilles semblent diminuées d'épaisseur et deviennent plus rudes ; ces taches sont isolées ou réunies et dans ce cas le plus souvent sous forme de lignes parallèles aux bords de la langue.

Sur la muqueuse des joues on voit des papilles de petites dimensions acuminées, arrondies ou étoilées d'un blanc pur et souvent brillant : ces papilles sont isolées ou réunies sous forme de plaques à la surface desquelles elles forment des saillies isolées ou des lignes blanches diversement disposées. La muqueuse est souvent altérée dans l'intervalle des plaques. L'abus du tabac, des mets épicés, le mauvais état des dents en favorisent l'apparition qui est aussi fréquente chez les

femmes que chez les hommes. Au cours de son travail l'auteur donne trois observations du lichen plan avec lésion de la muqueuse buccale. Ces observations ont été du reste le point de départ et forment la base de cette étude. (*Ann. de Dermatologie et de Syph.*, 25 février 1885, t. VI, n° 2.)

Dr J. Charazac.

Etude critique sur l'angine de Ludwig, par le Dr Bœhler.

L'auteur cite 35 cas d'angine de Ludwig qu'il a pu compiler dans la littérature depuis 1835.

Se basant sur ces faits dont il donne tous les détails, il tâche de combattre l'opinion émise en 1836 par Ludwig, chirurgien à Munich, à savoir qu'il existait une inflammation spéciale infectieuse du tissu cellulaire profond du cou. D'après Bœhler, l'angine de Ludwig n'est pas une entité morbide spéciale, de nature infectieuse, se distinguant par ses caractères cliniques et anatomiques des autres processus inflammatoires de la région du cou. Il s'agit dans tous ces cas de simples phlegmons gangréneux secondaires, dont on peut toujours trouver le foyer d'origine dans la région même. La dénomination « d'angine de Ludwig » doit donc être rejetée, car elle est superflue et elle prête à confusion (*Thèse de Paris*, juillet 1885). Dr L. L.

Angine infectieuse dans la production de laquelle le rhumatisme entre pour une part principale (*Infections sore-throat in which Rheumatism played a prominent part*), par le Dr Alfred Mantle).

Bien que l'angine infectieuse soit assez commune, elle est assez imparfaitement traitée dans les ouvrages de médecine. Cette affection, dont l'auteur rapporte plusieurs cas, présente certains caractères qui ne permettent pas de la confondre avec les autres espèces d'angine.

On peut en décrire deux formes principales : l'une dans laquelle il existe sur les amygdales un dépôt blanchâtre qui, dans certains cas, arrive à former une espèce de membrane ui, après avoir été enlevée, laisse au-dessous une surface

saignante. On pourrait l'appeler forme membraneuse. Dans la seconde il n'existe aucun dépôt sur les amygdales, mais une sécrétion épaisse sur les parties enflammées.

La première ressemble assez exactement à l'amygdalite diphtéritique bénigne, la seconde aux formes légères d'angine scarlatineuse. Dans les deux, les symptômes généraux de la maladie sont les mêmes. En général, le malade se plaint de souffrir de toutes ses articulations. Les amygdales sont ordinairement gonflées. Mais il n'existe jamais d'ulcérations profondes. Les glandes sous-maxillaires sont ordinairement douloureuses, parfois augmentées de volume. En somme, d'après l'auteur, la diathèse rhumatismale serait la cause prédominante de cette inflammation de la gorge. Au cours de cet article, il rapporte plusieurs observations de ces deux variétés d'angine infectieuse (*The British Med. Journ.*, 21 nov. 1885). Dr J. Ch.

Un cas rare de fistule du pharynx *(An unusual case of Pharyngeal fistula)*, par le Dr Hobart A. Hare.

Il s'agit d'un enfant de cinq ans qui fit une chute sur la tête à l'âge de trois ans. Il en résulta une affection des vertèbres cervicales et une raideur du cou pour laquelle on dut entreprendre un traitement orthopédique. Bientôt après, sa mère remarqua une tumeur sur le côté droit du cou près du sterno-mastoïdien, et quelques jours après le malade rendit du pus par la bouche. La tumeur extérieure s'ouvrit à son tour et laissa s'échapper une quantité considérable de pus. Quelque temps après, elle remarqua que les aliments sortaient parfois, mais d'une façon intermittente, par la plaie extérieure. L'auteur n'ayant aucun instrument pour examiner la gorge du malade, fit promettre à la mère de lui apporter l'enfant à l'hôpital le lendemain. Celle-ci ne tint pas sa promesse. Le malade a été vu depuis par le Dr Reeves, qui, après un sérieux examen, n'a pu trouver, ni dans le larynx, ni dans le pharynx de trace d'ouverture. Toutefois, comme les symptômes précédemment cités continuent toujours, il en conclut que l'ouverture interne doit avoir son siège dans l'œsophage (*The med. News*, 14 nov. 1885). Dr J. Ch.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Des névroses réflexes d'origine nasale, par le Dr A. Cartaz.

L'auteur mentionne brièvement les travaux de John Mackenzie, Hack, Seiler, Sommerbrodt, Daly sur ce sujet et rapporte cinq nouvelles observations.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune femme atteinte de véritables quintes d'éternuement, survenant dès que la malade se mouche un peu fort ou respire un parfum pénétrant. Pendant l'examen du nez avec une sonde exploratrice, la malade est prise d'une sorte de spasme avec larmoiement, pâleur de la face, puis d'une contracture des quatre extrémités. A l'aide de la cocaïne, M. Cartaz réussit à pratiquer l'examen sans accident et à toucher une ulcération siégeant sur la partie postérieure du cornet inférieur. Après avoir encore touché, avec le galvanocautère, la muqueuse hypertrophiée, les éternuements et l'enchifrènement disparurent complètement.

Chez le second malade existaient des accès de toux qui cessèrent aussitôt après l'ablation d'un polype du nez.

Dans le troisième cas, il s'agissait de crises d'éternuements et d'un sentiment de suffocation, sans lésion très apparente du côté du nez. Néanmoins des badigeonnages à la cocaïne amenèrent une amélioration passagère.

Les quatrième et cinquième malades offraient les symptômes de l'asthme des foins, sans lésions visibles des fosses nasales.

Pour diagnostiquer une névrose réflexe d'origine nasale, il recommande de faire des badigeonnages à la cocaïne qui, en insensibilisant la muqueuse, doivent aussi enlever la cause des réflexes.

M. Cartaz croit que non seulement les hypertrophies du nez, comme le disent Hack et Sommerbrodt, mais toute affection des fosses nasales — toujours étant donnée une prédisposition du sujet —, peut occasionner des névroses réflexes, opinion déjà émise par W. Roth, de Vienne (*France méd.*, nos 89 et 90, 1er et 4 août 1885). Dr L. L.

Remarques sur le traitement du coryza des roses et de la fièvre des foins par la cocaïne (*Remarks on the treatment of Rose-Cold and Hay fever by Cocaïne*), par le Dr Da Costa

L'auteur considère la cocaïne comme un excellent remède dans la fièvre des foins. Dans un cas de coryza des roses (rose-cold), une solution de cocaïne d'abord à 2 pour cent, puis à 4 pour cent procura au malade un tel soulagement que l'auteur eut toute la peine du monde à lui faire cesser le traitement. Son emploi non seulement diminue l'irritation locale et arrête les éternuements mais il a encore une influence sédative marquée sur le système nerveux tout entier. Dans un cas de fièvre des foins à forme asthmatique, la cocaïne en attouchements et en injections amena un prompt apaisement de tous les symptômes. Le meilleur moyen de l'administrer, d'après l'auteur, consisterait à injecter dans chaque narine six à huit gouttes d'une solution à 4 pour cent. (*The med. News*, 31 octobre 1835.) Dr J. Charazac.

Des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales, par le Dr Degail.

L'histoire des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales est de date récente : ils sont toutefois fort importants car, tandis que le vrai polype fibreux nécessite une grave opération, l'arrachement suffit pour le traitement des polypes fibro-muqueux. Richet, Labbé, Duménil de Rouen, Legouest, Trélat, Panas, Mackenzie, etc., ont décrit cette variété de tumeur. Il n'en existe toutefois qu'un petit nombre d'observations. Leur volume varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'un œuf de poule ; leur surface est lisse, grisâtre, parfois rouge et vascularisée; très durs en certains points ils sont, en d'autres parties, mollasses. Ils sont ordinairement pédiculés, n'ont aucune tendance à ronger les os voisins. Ils se composent d'éléments fibreux et muqueux, on y trouve parfois des fibres élastiques.

Le diagnostic se fait d'après le point d'implantation du pédicule, la consistance, la marche de la tumeur et enfin l'absence d'hémorrhagie. Le pronostic est bénin ; toutefois, si on ne les

enlevait pas en temps utile ils pourraient, par leur développement, amener la mort, par asphyxie. L'auteur en rapporte quatre observations. Le traitement, d'après lui, doit être l'arrachement avec la pince. (*Thèse,* Paris 1885.)

Dr J. Charazac.

De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique, par le Dr Darbouet.

L'auteur fait au début l'anatomie du pharynx et insiste sur l'étude des ganglions lymphatiques de cet organe. Il existe sur la paroi postérieure du pharynx, entre les constricteurs et l'aponévrose prévertébrale, deux ganglions lymphatiques, symétriques par rapport à la ligne médiane. Ces ganglions s'atrophient d'ordinaire vers l'âge de trois ans à moins qu'ils n'aient été influencés par la syphilis. Cette affection peut, en effet, les atteindre tout aussi bien que les autres ganglions de l'organisme. L'adénopathie rétro-pharyngienne est alors constituée.

Dans les cas de ce genre le ganglion forme une saillie sur la paroi du pharynx, saillie qui amène la gêne de la déglutition quelquefois aussi de la respiration. Cette saillie est facile à constater à l'inspection. Le toucher montre la tumeur dure à la périphérie, assez molle au centre. La température locale n'est pas modifiée sauf quand le ganglion s'abcède. Les symptômes généraux manquent le plus souvent. La marche en est lente ; par exception ils peuvent suppurer et donner lieu aux phlegmons et aux abcès rétro-pharyngiens avec lesquels il importe de ne pas les confondre. Le pronostic est généralement bénin, surtout si le diagnostic a été fait. L'auteur, en terminant, rapporte neuf observations de cette affection. (*Thèse,* Paris 1885.)

Dr J. Charazac.

LARYNX ET TRACHÉE.

Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques, par le Dr E. Munschina

Le premier chapitre est consacré à l'étude de l'anatomie normale et pathologique. Les faisceaux blancs qui environnent

les noyaux du nerf vague et du spinal peuvent être atteints de sclérose dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive. Les cellules d'origine de ces deux nerfs ont, dans quelques cas, subi une atrophie consécutive.

Le travail de M. Cherchewsky, publié dans la *Revue de médecine* en 1881, établit les relations qui existent entre les accidents laryngés et le tabes. Ces troubles sont de deux ordres, les uns convulsifs, les autres d'origine paralytique et atrophique.

M. le professeur Fournier rattache les formes multiples des crises laryngées à quatre types principaux qu'il caractérise par le phénomène dominant. Ces quatre types sont :

a) Les accès de toux spasmodiques.

b) Le spasme phonique.

c) Les accès de suffocation.

d) La suffocation sidérante apoplectiforme.

a) *Accès de toux spasmodique, nerveuse, coqueluchoïde.* — La toux se produit à la suite de sensations laryngées diverses. Cette toux, analogue à celle de la coqueluche, dure de 10 à 90 secondes. Il peut y avoir de 40 à 50 accès par jour, ils disparaissent d'eux-mêmes et aussi souvent qu'ils ont apparu.

b) *Spasmes phoniques.* — Cette forme est plus rare. Le malade ne peut parler ou la voix est fausse, discordante, quelquefois scandée. La respiration normale est troublée par des expirations spasmodiques saccadées qui semblent se rapporter à une convulsion du diaphragme.

c) *Accès de suffocation.* — Ils ont ceci de spécial qu'ils se produisent subitement sans causes, souvent la nuit, au milieu du sommeil. Ils simulent assez bien les accès d'asthme essentiel. Le malade étouffe, suffoque, croit qu'il va asphyxier. Dans quelques cas la crise se termine comme dans les accès d'asthme vrai par une abondante émission d'urine.

d) *Spasme, d'apnée sidérante apoplectiforme.* — La respiration se suspend brusquement et d'une façon absolue. Le malade tombe par terre, absolument sidéré, la face vultueuse, les lèvres violettes, la physionomie bouleversée. On croit à un coup de sang. La mort peut survenir dans le cours de ces crises.

Il y a un groupe spécial à faire des cas dans lesquels la sidération semble due à l'intensité du spasme laryngé et à la congestion cérébro-spinale qu'il détermine. De fait, dans un cas de Krishaber, on a tout lieu de croire que la trachéotomie, en faisant cesser l'asphyxie, rendit la vie au malade.

L'examen laryngoscopique a montré, dans un certain nombre de cas d'ataxie, des paralysies laryngées.

Ces troubles laryngés ont été observés à toutes les périodes du tabes; dans plusieurs cas ils ont marqué le début de la maladie et acquièrent alors une importance spéciale au point de vue du diagnostic et du traitement.

La mort peut être la conséquence des accidents spasmodiques soit très rapidement, durant l'accès de suffocation, soit dans le coma consécutif. Cette terminaison est assez rare. (*Thèse*, Paris 1885.) D. J. C.

Des troubles laryngés d'origine cérébrale,

par le Dr Rebillard

Voici les conclusions de l'auteur : 1°) Des lésions diverses de l'encéphale peuvent s'accompagner de troubles dans les fonctions de la phonation (raucité de la voix, modification du timbre, voix bitonale, aphonie); 2°) Ces troubles laryngés qui ne paraissent pas très fréquents parce qu'ils ont été rarement recherchés, sont des manifestations de lésions encéphaliques au même titre que l'hémiplégie ou l'aphasie; 3°) Ils indiquent qu'il existe une relation entre le cerveau et les muscles du larynx; 4°) Par analogie avec ce qui se passe pour les autres muscles ou peut soupçonner l'existence d'un centre cortical laryngé; 5°) L'expérimentation physiologique semble indiquer qu'il en est bien ainsi; 6°) L'observation clinique, tout en fournissant des résultats moins précis, donne, cependant, quelque probabilité en faveur de cette manière de voir; 7°) C'est la clinique aidée par des recherches anatomo-pathologiques précises qui pourra trancher définitivement la question. (*Thèse*, Paris 1885.) Dr J. Ch.

Spasme laryngé causé par des pulvérisations de cocaïne (*Laryngeal spasm caused by Cocaïne spray*), par le Dr de Havilland-Hall.

Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, asthmatique, atteinte de polypes du nez, qui furent enlevés en plusieurs séances. Ayant fait des pulvérisations dans le nez avec une solution de cocaïne à 10 0/0, les vapeurs arrivèrent dans la gorge à travers les fosses nasales. Elle eut alors un violent spasme de la glotte et l'auteur dut anesthésier la malade au chloroforme pour calmer le spasme. Cet accident est très rare et l'auteur a employé des solutions à 20 0/0 sans avoir d'accidents. Les malades se plaignent seulement du goût amer de cette substance (*The Lancet*, 21 nov. 1885). Dr J. Ch.

Paralysie myopathique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (*Myopathic Paralysis of the posterior crico-arytaenoïdei Muscles*), par le Dr Ramon de la Sota y Lastra.

J. P..., âgé de trente-trois ans, à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau très froide pris le matin au lever, étant en sueur, sentit sa respiration devenir de plus en plus difficile. A l'heure actuelle, il éprouve la plus grande peine à respirer, surtout pendant le sommeil. Aussi est-il obligé de passer la plus grande partie de ses nuits dans l'insomnie. La voix est forte, un peu rauque, l'inspiration silencieuse et facile. Au laryngoscope le larynx apparaît intact à l'exception des cordes vocales qui sont rouges, légèrement gonflées, un peu granuleuses et raides. Dans une inspiration profonde, la corde gauche reste sur la ligne médiane, la droite s'en écarte à peine de trois millimètres. Pendant la phonation, elles s'accolent sur toute leur longueur. En dehors de cela, l'examen le plus minutieux ne révèle d'affection d'aucun organe. La glande thyroïde n'est pas hypertrophiée, les poumons, le cœur, les vaisseaux ne présentent aucun symptôme de maladie. Le patient n'a jamais fait aucune maladie.

L'auteur porte le diagnostic : *paralysie bilatérale des abducteurs des cordes vocales*, et par exclusion, *d'origine myopathique*. La trachéotomie proposée une première fois fut repoussée, mais six mois après, l'état du malade ne s'étant pas

amendé, on dut recourir à ce moyen extrême. L'opération fut donc faite, et le malade, respirant librement, l'intermittence du pouls radial qui existait avant l'opération, disparut complètement. Après l'opération, tous les traitements tentés dans le but de rendre aux cordes vocales leur mobilité, stimulants locaux, électricité, injections sous-cutanées de strychnine restèrent sans résultats, et le malade fut obligé de conserver sa canule. L'auteur avait donc affaire à une paralysie d'origine myopathique.

Les paralysies de ce genre ont été étudiées par Koch, Schiffers, et nous-même avons eu l'occasion d'en observer un cas (*Etude sur l'œdème du larynx*, p. 84). Nous devons faire à l'auteur un reproche assez grave. Il est probable qu'il a dirigé ses recherches du côté de la *syphilis*, mais il n'en parle pas, bien qu'il donne dans son travail les raisons, fort bonnes au reste, qui l'ont amené à éliminer toutes les autres affections. Il nous semble que cette maladie aurait dû être signalée, et peut-être aurait-on dû instituer, ne serait-ce qu'à titre d'essai, le traitement spécifique. Nous nous rappelons en effet avoir entendu un jour M. le Dr Coupard nous conter l'histoire d'un cas exactement semblable dans lequel le traitement spécifique rendit au larynx son fonctionnement normal. En dehors de cette lacune, cette observation est des plus intéressantes et les conclusions de l'auteur nous paraissent très raisonnables et fort justes (*Edinburgh Med. Journ.*, décembre 1885). Dr J. Charazac.

Traitement de la phtisie laryngée (*The treatment of laryngeal phthisis*), par le Dr E. Fletcher Ingals.

L'auteur se propose, dans ce travail, de faire connaître les méthodes de traitement qui, d'après lui, remplissent le mieux les indications suivantes : 1° calmer la douleur; 2° guérir la maladie; 3° prolonger la vie quand la maladie ne peut être guérie.

Pour calmer la douleur il préconise toutes les 12 ou 24 heures un badigeonnage des parties malades avec la solution suivante : morphine 0,20 centigr., acide phénique 1 gr. 50 c.,

acide tannique 1 gr. 50, glycérine et eau, de chaque 16 gr. On peut aussi conseiller au malade, dans l'intervalle, des attouchements, des pulvérisation à l'aide de cette solution diluée, dans deux ou trois parties d'eau.

On peut espérer la guérison dans les débuts alors qu'il n'existe qu'une simple hyperhémie de la muqueuse ; dans ces cas-là les préparations topiques usitées dans le traitement de la laryngite chronique sont indiquées et rendent des services. La cocaïne pourra rendre de très grands services, mais l'auteur n'a pas, à ce sujet, une expérience assez grande pour en parler avec autorité. (*N. Y. med. Journ.*, 7 novembre 1885.)

D. J. Charazac.

Trachéite ulcéreuse d'origine syphilitique (*Syphilitic ulcerative tracheitis*).

A la Société d'*Anatomie pathologique de Londres*, le Dr Quarry Silcock présente un spécimen de trachéite syphilitique, enlevé chez un homme de trente-deux ans. On aperçoit de nombreuses ulcérations qui partent au-dessous des cordes vocales et s'étendent par la trachée jusqu'aux plus petites divisions bronchiques des deux poumons. Une pneumonie lobaire fut la cause de la mort. Le malade avait présenté les symptômes de bronchite chronique (*The Lancet*, 19 décembre 1885).

Dr J. Charazac.

Deux cas de corps étrangers solides des voies aériennes, par M. Barraud, interne à l'hopital des Enfants-Malades (service Saint-Germain).

Dans le premier cas il s'agissait d'une fille de six ans qui, en s'amusant, s'était introduit un grain de maïs dans les voies aériennes. Le lendemain, après une mauvaise nuit pendant laquelle l'enfant avait eu de violents accès de toux, on constate une absence complète du murmure vésiculaire du côté droit et on pense que le corps étranger siège dans la bronche droite.

Bien que la dyspnée ne fût pas trop grande, on pratique la trachéotomie pendant laquelle le sang entrant dans la trachée

détermine une toux très forte qui fait expulser le corps étranger.

Le second fait concerne un enfant de trois ans, qui, au dire des parents, avait avalé un haricot et qui fut porté en pleine période asphyxique à l'hôpital. L'examen objectif permit encore de reconnaître que le corps étranger siégeait dans la bronche droite et on fait aussitôt la trachéotomie. Mais ni le sang pénétrant dans la trachée, ni la pince introduite pour aller à la recherche du corps du délit ne déterminèrent de quintes de toux chez l'enfant mourant. Au moment où l'on parvenait, dans une seconde tentative, à saisir, avec la pince un tiers environ de la pulpe du haricot, l'enfant succomba. A l'autopsie, en introduisant une pince dans la bronche on retirait du premier coup le corps étranger.

L'auteur fait suivre l'exposé de ces deux observations de réflexions sur le procédé à suivre dans les cas de ce genre. (*Revue mens. des mal. de l'enfance,* août 1885.) Dr L. L.

Corps étranger dans les voies aériennes, par le Dr Etienne.

L'auteur en rapporte deux cas, l'un concernant un garçon de 8 ans et l'autre une fille de 9 ans. Deux fois, il s'était agi d'un bouton introduit dans les voies aériennes et qui fut spontanément expulsé après l'opération de la trachéotomie. M. le Dr Etienne fait suivre ces deux opérations de quelques réflexions sur la conduite à tenir dans les cas de ce genre. De deux choses l'une, dit-il, ou le diagnostic est incertain, ou le siège du corps étranger est connu. Dans le premier cas, on ne doit pas s'attarder à rechercher le corps du délit, craignant de nuire au malade, et l'attente sera préférable jusqu'au moment où l'on devra intervenir par la trachéotomie. Dans la deuxième hypothèse, on essayera l'extraction par les voies naturelles et si l'on ne peut réussir on ajournera une tentative plus radicale pendant 6 semaines ou 3 mois, c'est-à-dire pendant la période de temps où le corps est généralement expulsé spontanément, soit que les parties tuméfiées reviennent à l'état normal, soit que la suppuration l'entraîne au dehors. (*Revue méd. de l'Est,* 15 octobre 1885.) Dr L. L.

OREILLES.

Fracture du manche du marteau causée par un coup sur l'oreille (*Bruch des Hammersgriffes durch Schlag auf's Ohr*), par le Dr A. Eitelberg, de Vienne.

A la Policlinique du Dr Urbantschitsch se présenta un homme de 38 ans qui se plaignit d'éprouver de temps en temps des bourdonnements à la suite d'un coup reçu sur l'oreille, il y a quelques jours. Chaque fois qu'il se mouchait, il disait sentir de la vapeur tiède sortir par cette oreille.

Le Dr Eitelberg trouva, sur le tympan, les vaissaux du manche du marteau très injectés. Son extrémité élargie et très rouge était séparée de l'autre partie du manche et disloquée en avant et en bas. Vers la périphérie postérieure on voyait un pli qui naissait de la partie élargie. Au-dessous de celle-ci une perforation de la grandeur d'une tête d'épingle avec des bords tuméfiés. Peu de temps après on put voir que le bout séparé était déjà réuni avec l'autre partie du marteau, mais le tiers inférieur de cet osselet était rouge et épaissi tandis que les deux tiers supérieurs offraient l'aspect normal. Trois semaines après, le tiers inférieur devint blanc et le point fracturé n'était marqué que par une ligne transversale qui était d'un rouge pâle. Le triangle lumineux qui avait disparu dès le commencement, redevint visible. La perforation avait porté vers la périphérie antéro-inférieure du tympan. Il n'y avait jamais eu d'otite suppurée pendant toute la durée de l'affection.

L'auteur rappelle les cas de fracture observés par Ménière, Troeltsch, E. Fraenkel, Politzer et par d'autres auteurs; il dit que d'ordinaire la fracture du marteau se fait par une action directe et violente, Mais dans le cas observé, si le malade a dit vrai, la fracture était due à un coup appliqué sur l'oreille avec peu de force, et ayant agi indirectement sur le marteau. (*Wien. med. Presse*, n° 43, 25 oct. 1885.) Dr L. L.

Deux cas d'affections de l'oreille négligées ayant amené la mort chez des enfants (*Two cases of neglected ear desease in infants resulting in death*), par le Dr Sexton.

La mort est plus souvent qu'on ne pense la conséquence d'une affection de l'oreille au premier âge de la vie. L'auteur

rapporte deux cas de suppuration de l'oreille chez de très jeunes enfants et dans lesquels la mort a été le résultat de la négligence et d'un traitement mal dirigé.

Dans le premier il s'agit d'un enfant de 6 mois atteint d'otite moyenne suppurée compliquée d'un polype qui remplissait le conduit auditif tout entier. A droite, paralysie faciale. Le polype est enlevé au serre-nœud de Sexton. Mais le malade ne revint pas et l'auteur apprit qu'il était mort trois mois après, probablement de pachyméningite. La tumeur était un myxo-fibrome.

Le second malade, âgé de 7 mois, était atteint d'otite moyenne purulente compliquée de lymphadenôme du cou avec carie du rocher; paralysie faciale. L'enfant amené, à M. Sexton le premier juin, mourut 12 jours après, de méningite suppurée. (*N. Y. med. Journ.*, 10 oct. 1885.) Dr J. Ch.

Tumeur fibreuse de l'oreille moyenne, douleurs névralgiques, otorrhée et surdité, ablation de la tumeur suivie du rétablissement de la fonction (*Fibroid tumor of the middle ear, nevralgic pains, otorrhœa and deafness, removed of tumor followed by restoration of function*), par le Dr Trucheart.

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui souffre, depuis 5 ans, de douleurs et de bourdonnements de l'oreille gauche. Au diapason, audition meilleure à gauche. Otorrhée de ce côté, catarrhe chronique des caisses et des trompes à droite. Catarrhe rétro-nasal. Pour mettre à découvert la tumeur qui remplissait la caisse et faisait saillir le tympan à droite, on dut agrandir l'orifice de la perforation, ce qui permit de l'enlever. C'était une tumeur fibreuse, ayant la dureté du cartilage. L'auteur essaye, mais en vain, de pratiquer l'ablation avec l'anse froide. Il dut faire usage de petites pinces. La tumeur enlevée, sa base fut cautérisée à l'acide nitrique fumant jusqu'à ce que toute trace eut disparut. Par des cautérisations répétées des bords de la perforation avec une solution faible de nitrate d'argent il réussit à la faire cicatriser et la malade partit guérie. L'audition à la voix était redevenue normale et les bourdonnements avaient entièrement disparu. (*The Med. Record*, 10 octobre 1885.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Abraham. — Sur la tuberculose de la langue (*Trans. of the Ac. of. Med.* Dublin, III, p. 358, 1885).

Ader. — Calcul de la glande salivaire (*Courrier méd.*, n° 51, 19 déc. 1885).

Aigre. — Observation de carcinome du pharynx. Guérison (*Annal. des mal. de l'or., du lar.*, etc., n° 6, déc. 1885).

Barling (Gilbert). — Trois cas d'affections rares de la langue (*British Med. Journ.*, 5 déc. 1885).

Billroth (Clinique chirurgicale). — Conférence sur l'opération de la fissure du palais (*Allgemeine Wiener med. Ztg.*, n° 50, 15 déc. 1885).

Bruch. — Papillo-adénome de la voûte palatine (*Soc. de chirurgie de Paris*, 16 déc. 1885).

Butlin. — Maladies de la langue (Philadelphie, Lea brothers and C°, 1885).

Carter (J.-M.-G.). — Rapport sur deux cents cas d'amygdalites (*Chicago Medic. Soc.*, 16 nov. 1885; *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 19 déc. 1885).

Castiaux. — Calcul salivaire (*Bull. méd. du Nord*, n° 11, nov. 1885).

Courtade. — Du polype papillomateux du voile du palais (*Thèse de Paris*, 5 déc. 1885).

Craig (James). — Des angines infectieuses (*The British Med. journ.*, 16 janv. 1886).

Dubousquet-Laborderie. — Empoisonnement par les moules; accès d'asthme, pharyngite très douloureuse, torticolis, urticaire; traitement par le salicylate de soude (*Paris méd.*, n° 48, 28 nov. 1885).

Dubousquet-Laborderie. — Des amygdalites infectieuses et de leur traitement (*Bullet. génér. de thérapeut.*, n° 1, 15 janv. 1886).

Ève (F.-S.). — Deux cas de sarcome de la langue (*British Medic. Journ.*, 9 janv. 1886, et *Patholoiog. Soc. of London*, 5 janv. 1886).

Grimm. — Cocaïne dans les brûlures des cavités buccale et pharyngienne (*Petersb. med. Wochenschr.*, n° 51, 2 janvier 1886).

Gross et **Vautrain.** — Fente palatine, reste d'une division labio-palatine droite complète (*Revue méd. de l'Est*, n° 24, déc. 1885).

Gussenbauer. — Plaie par morsure de la langue (Société des médecins allemands de Prague, 6 nov. — *Prager med. Wochenschr.*, n° 46, 18 nov. 1885).

Holl. — De l'épithélium de la cavité buccale de la « Salamandre maculée » (Wien, chez Gerold et fils).

Hopmann (E.). — Triple division du pharynx (*Americ. Journ. of the Medic. Sc.*, octobre 1885).

Hare, Hobart (A.). — Un cas extraordinaire de fistule pharyngée (*Medic. News*, n° 20, 14 nov. 1885).

Haynes (H.). — Angiome situé au-dessous de la langue (*N.-Y. Medic. Journ.*, n° 25, 19 déc. 1885).

Juriet (Louis). — Mobilité anormale de la langue que l'on pouvait repousser jusque dans la cavité naso-pharyngienne (*The med. Record*, n° 20, 14 nov. 1885).

Küster (Ernst). — Du traitement du carcinome de la muqueuse des joues et de la paroi du pharynx (*Deutsche med. Wochenschr.* Berlin, 10 déc. 1885).

Landouzy. — Fièvre amygdalienne (*Journ. des connais. méd.*, n° 52, 24 déc. 1885).

Lloyd (Jordan). — Épithélioma de la langue. Extirpation d'après la méthode de Kocher (*Midland Medic. Soc.*, 9 décembre 1885; *The Lancet*, 9 janvier 1886).

Masse. — Polype de l'amygdale (*Soc. de chir.*, 30 déc. 1885).

Meyer (M.). — Un cas d'ulcération de la langue datant de 9 ans, guéri par l'emploi du pôle positif du courant galvanique (*Soc. de médecine de Berlin*, 25 nov., *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 49, 3 déc. 1885).

Millet (E.). — De l'angine arthritique. Traitement par les eaux d'Aix-les-Bains et de Marlioz (Paris, chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1885).

Molènes (Paul). — Trois cas de desquamation en aires de la langue (*France méd.*, n° 145, 10 déc. 1885).

Morgan. — Des procédés opératoires dans les cas de fissure du palais et de leurs effets sur la voix (*Arch. Pediat. Philadelphie*, p. 467, 1885).

Morison. — Épithélioma de la langue (*Northumberland and Durham Medic. Soc.*, 12 nov. 1885, *The Lancet*, 9 janv. 1886).

Morales (Perez). — Amygdalotomie. Observations (*Anales de Otol. y. Lar.*, n°s 7 et 8 1885).

Morton (Charles-A.). — Extirpation de la langue et d'une partie du plancher de la bouche (d'après la méthode de Whitehead) pour un épithélioma (*Brit. Med. Journ.*, 28 nov. 1885).

Negel. — Anosmie et psoriasis buccal (*Spitalul*, Bucharest, nov. 1885).

Nixon. — Un cas de calcul de l'amygdale (*Trans. of the Ac. of Med.*, Dublin III, p. 289, 1885).

Nothnagel. — Leçon sur la stomatite mercurielle (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 47, 24 nov. 1885).

Padieu. — Tumeur fibro-kystique volumineuse de la cavité buccale, située sur la face interne de la lèvre supérieure chez une femme de soixante-seize ans. Opération. Guérison. (*Gaz. médic. de Picardie*, Amiens, nov. 1885).

Piéchaud (Clinique **Lanelongue**). — Sur deux cas d'ulcérations de la langue (*Gaz. hebd. des scienc. méd. de Bordeaux*, 13 déc. 1885).

Rice (Clarence). — Adhérence du voile du palais à la paroi du pharynx (*The N.-Y. med. Journ.*, 26 déc. 1885).

Saint-Germain. — Sur quelques affections de la bouche chez les enfants (*Journ. de méd. et de chir. de Paris*, n° 1, janv. 1886).

Santvoord (Van). — Tuberculose du pharynx (*N.-Y. Patholog. Soc.*, 25 nov. 1885; *Medic. Times*, 12 déc. 1885).

Sherry (Mc Clinton). — Considérations sur la classification des névroses de la gorge et du nez (*Americ. Journ. of the Medic. Sc.*, octobre 1885).

Stephanides (Ed.). — Angine, polyarthrite et purpura rhumatoïde (*Prager med. Wochenschr.*, n° 50, 16 déc. 1885).

Stimson. — Épithélioma de la langue, extirpation par la méthode de Kocher. (*New-York Surgical Soc.*, 27 oct. 1885).

Vineta-Bellaserra.— Étude clinique de l'anatomo-pathologique de la gomme linguale syphilitique et de l'hybridité cancéro-scléro-gommeuse. Traitement. (*Rev. de cienc. med.*, Barcelone, 25 nov. 1885).

Vulpian. — Recherches sur les fonctions du nerf de Wrisberg (*Acad. des sciences*, 28 déc. 1885).

Wertheimer. — Corps étranger du canal de Wharton (*Bullet. méd. du Nord*, n° 11, nov. 1885).

Williamson. — Difformité de la bouche et son traitement mécanique (*British Medic. Journ.*, 9 janv. 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Bresgen (M). — Accidents d'intoxication après l'emploi de la cocaïne dans les fosses nasales (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 46, 12 nov. 1885).

Carpenter (J. G.) — Traitement des néoplasmes de la cavité naso-pharyngienne (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, Chicago, 12 déc. 1885).

Châtellier. — Des tumeurs adénoïdes du pharynx (*Thèse Paris*, janvier 1886).

Chiari et **Riehl.** — Le rhino-sclérome de la muqueuse nasale (Tirage à part du *Zeitschrift f. Heilkunde*, Bd VI, chez F. Tempsky, Prague 1885).

Clark (Andrew). — Quelques observations sur la théorie de l'asthme bronchique envisagé au point de vue de la pathologie de la fièvre des foins (*The Americ. Journ. of the Medic. Sc.* janv. 1886).

Degail. — Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales (*Thèse de Paris*, 17 déc. 1885).

Fabre. — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal (*Thèse de Montpellier* 1885).

Flint (Austin). — Considérations sur l'étiologie et le traitement du coryza aigu (*The medic. News*, 24 octobre 1885. *Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, Chicago, 14 nov. 1885, n° 20).

Fowler (Walter). — Polype nasal malin, traité par la méthode de Fourneaux-Jordan (*The Lancet* n° 22, 28 nov. 1885).

Gordon. — Conjonctivite chronique dépendante des affections des tissus intra-nasaux (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, Chicago, 14 nov. 1885, n° 20).

Gray. — Note sur l'atropine dans le coryza aigu (*Medic. News*, n° 23, 5 déc. 1885).

Guye (A). — Un nouveau couteau annulaire pour l'extirpation des tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd. 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Ingals (Fletcher). — Serre-nœud rétro-nasal (*Journ. of the Amer. Medic. Assoc.*, Chicago, 2 janv. 1886).

Kirmisson. — Tumeur néoplasique des fosses nasales (*Gaz. des hôpit.*, n° 3, 7 janv. 1886).

Knight (F. I.). — Méthode nouvelle pour la fièvre des foins (*Massachusetts Medic. Society, Suffolk District*, 14 oct. 1885. *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 21 nov. 1885).

Krakaner. — Atropine dans le coryza aigu (*Deutsche med. Ztg*, n° 96, 30 nov. 1885).

Mackenzie (John). — Conjonctivite dépendant des affections des tissus intra-nasaux (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, Chicago, 26 déc. 1885).

Mackenzie (John). — La production du coryza des roses au moyen d'une rose artificielle, remarques et notes historiques (*The Americ. Journ. of the Medic. Sc.* janvier 1886).

Mackenzie (John). — De l'ablation du cornet inférieur du côté obstrué pour remplacer, dans certains cas, l'opération de la déviation de la cloison (*New England Medic. Monthly*, mars 1885).

Mackenzie (Morell). — La fièvre des foins, étiologie, traitement, suivi d'un appendice sur le coryza des roses (Rose cold) (*Americ. Journ. of the Medic. Sc.*, octobre 1885).

Michael. — Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Wiener Klinik*, n° 12, déc. 1885).

Robertson (J). — Difformités du nez comme facteur dans le catarrhe nasal (*N.-Y. Medic. Journ.* n° 25, 19 déc. 1885).

Rosenberg (Albert). — Les névroses réflexes des fosses nasales guéries par le menthol (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 48, 1885).

Schech (Ph.). — La cocaïne et son emploi thérapeutique dans les affections du pharynx, du nez et du larynx (*Aerztl. Intellig. Blatt* Munich n° 51, 22 déc. 1885).

Schwanebach (A.). — L'acide chromique comme caustique dans le nez et le pharynx (*Petersburger medic. Wochenschr.* n° 49, 19 déc. 1885).

Stanley (Théodore). — Extirpation du maxillaire supérieur, du cornet inférieur, des os nasal et lacrymal (*Medic. and Surgic. Reporter*, 21 nov. 1885).

Tillaux (H). — Les polypes naso-pharyngiens (*Tribune méd.*, 20 décembre 1885. *Gaz. des hôpit.*, 5 janv. 1886).

Trautmann (F). — Etudes anatomiques, pathologiques et cliniques sur l'hyperplasie de l'amygdale pharyngienne. Traitement chirurgical de l'hyperplasie pour éviter les affections de l'organe de l'ouïe. (Berlin 1886, chez A. Hirschwald).

Weinlechner et **Engel**. — De la pathologie des fosses nasales et de l'antre d'Highmore (*Wiener med. Blätter*, n° 34, 1885).

Wolff (I). — Du traitement ultérieur aux opérations du nez, du pharynx et de la bouche (lavage, la tête placée en bas) (*Soc. de médecine de Berlin*, 6 janv. 1886).

Ziem. — Un cas de collapsus des narines au moment de l'inspiration (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 46, 12 nov. 1885).

Ziem. — De la blenorrhée des fosses nasales chez les nouveau-nés (*Allg. med. Central Ztg.* Berlin, 19 déc. 1885).

Ziem. — Des relations qui existent entre les affections du nez et des dents (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).

Larynx et Trachée.

Alexander (W). — Porte caustique laryngée (*Med. News*, 7 nov. 1885).

Ariza (R.). — Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire (*Enrique Téodora*, édit. Amparo, 102, Madrid 1885).

Ariza (R.). — Observations de cancers du larynx (*Extrait du 5e vol. de l'Instit. d. thérapeut. opérat.*, Madrid, 1885).

Arina (R.). — **De la tuberculose laryngée polypeuse et végétante** (*Extrait du 5e vol. de l'Institut de thérapeut. opérat.*, Madrid 1885).

Arina (R.). — **De la laryngite hypertrophique bénigne** (*Extrait du 5e vol. de l'Instit. de thérapeut. opérat.*, Madrid, 1885).

Arina (R.). — **Conception rationnelle sur les spécialités** (*Extrait du 5e vol. de l'Institut thérapeut. opératoire.* Madrid, 1885).

Barette. — **Du cancer du larynx et de son traitement** (simple revue) (*Concours méd.*, n° 2, 1886).

Béal. — **Etude sur une complication rare de la trachéotomie. Médiastinite antérieure** (*Thèse Paris*, janvier 1886).

Billroth. — 1° Un cas de carcinome du larynx ; 2° Un cas de tumeur caverneuse de l'épiglotte (*Soc. imp.-royale des méd. de Vienne*, 18 déc. 1885).

Buchholtz (Max). — Rapport sur 29 cas de trachéotomie dans le croup et la diphtérie observés dans la pratique privée (*Inaug. Dissert.*, Berlin, 1885).

Chapman (R. F.). — Histoire d'un corps étranger du larynx, extraction par une opération (*The medic. Record*, n° 20, 14 nov. 1885).

Charcot. — Crises de mutisme chez des hystériques (*Gaz. des hôpit.*, n° 5, 12 janvier 1886).

Christian. — Corps étrangers multiples dans le larynx (*Soc. de méd. de Paris et Union Méd.*, 5 juillet 1885).

Cormac-Mac. — Extraction d'un corps étranger des bronches (*The Lancet*, n° 22, 28 nov. 1885).

Cormac-Mac. — Extraction d'un lame de pince à dents de la bronche droite (*The Lancet*, 2 janv. 1886).

Da Costa. — Remarques sur le traitement du coryza des roses et de la fièvre des foins par la cocaïne. (*Medic. News*, 31 octobre.— *The medic. and surgic. Report.*, Philadelphie, 7 nov. 1885).

Dieulafoy. — De la compression du nerf récurrent dans l'anévrysme aortique (*Gazette hebdom.*, 26 juin 1885).

Donagh — Un cas d'hypertrophie prononcée des bandes ventriculaires avec adhérence partielle par suite d'une blessure du larynx (*Wien. medic. Press.*, n° 46, 15 nov. 1885).

O'Dwyer (Joseph). — Deux cas de croup traités par le tubage de la glotte (*N.-Y. medic. Journ.*, n° 22, 28 nov. 1885),

Dubreuil. — Substitution de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne à la trachéotomie chez l'adulte (*Gaz. méd. de Montpellier.*, 17 oct., 1885).

Formica-Casi. — Notes anatomiques sur le larynx (*Rivista di lar., otol. y Rhin.*, n° 7, janvier 1886).

Gordon. — (O. A.) Oedème de la glotte, trachéotomie, mort (*Brooklyn Patholog Soc.*, 24 sept. 1885; *The N.-Y. medic. Journ.*, n° 21, 21 nov., 1885)

Havilland Hall. — Spasme laryngé causé par une pulvérisation avec la cocaïne (*The Lancet*, n° 21, 21 nov., 1885).

Havilland Hall. — Anévrysme de l'aorte avec compression de la trachée et des récurrents laryngés et (?) du pneumogastrique (*The Lancet*, n° 25, 19 déc. 1885, *Clinical Soc. of. London*).

Heinemann (Carl). — Sur les maladies paludéennes et quelques maladies infectieuses de la Vera Cruz avec remarque sur l'étiologie du spasme de la glotte (*Virchov's Archiv.*, Bd. 102, 3).

Hoff. — La cocaïne dans la chirurgie du larynx (*The Australasian Medic. Gazette*, 15 sept. 1885).

Ingals (Fletcher). — Traitement de la phtisie laryngée. (*The N.-Y. medic. Journ.*, 7 nov. 1885).

Ingals (Fletcher). — Laryngite chronique et obstruction nasale, ou catarrhe habituel (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 5 déc. 1885).

Jacobson (S.). — Un cas de papillome très étendu du larynx (*Wratsch*, nos 44 et 45, 1885).

Jeanselme et **Lermoyez**. — Etude sur la contractilité *post mortem* et sur l'action de certains muscles et en particulier de ceux du larynx, d'après des expériences faites sur des cadavres de cholériques (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, n° 6, 15 août 1885).

Jelinek (E.). — De l'emploi de l'acide lactique dans le larynx, le pharynx et le nez (*Wien. med. Doctoren-Collegium*, 9 novembre 1885. — *Wien. mediz. Presse*, n° 47, 22 nov. 1885).

Johnson. — Des paralysies du larynx, avec 32 observations (*New-York Medic. Journ.*, n° 20, 14 nov. 1885).

Kohn (Samuel). — Quelques observations sur la trachéotomie dans le croup et son traitement ultérieur (*The Medic. Record*, 12 déc. 1885).

Letulle (Maurice). — Remarques à propos de l'anatomie normale des bronches primitives (*Soc. anatomique de Paris*, 20 février 1885).

Lublinsky. — Du carcinome du larynx (*Soc. des médecins de Berlin*, 9 déc. — *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 51, 17 déc. 1885).

Maissurianz Samson. — Deux cas d'extraction d'une sangsue logée dans le sinus Morgagni (*Petersburger med. Wochenschr.*, n° 48, 12 déc. 1885).

Mantle (Alfred). — Maladies laryngées infectieuses, dans lesquelles le rhumatisme joue un grand rôle (*British Medic. Journ.*, 21 nov. 1885).

Moraiz (Ramon y Otegui). — Polype laryngé amenant l'asphyxie (*El Siglo medico*, 29 nov. 1885).

Moser (H.). — De l'étiologie des paralysies des cordes vocales (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, XXXVII Bd, 6 Heft).

Neidert (C.). — Tuberculose laryngée primitive (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).

Ost. — Quelques cas de corps étrangers dans les voies aériennes (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte*, 15 nov. 1885).

Prior. — De l'emploi de la cocaïne dans les différentes affections des voies respiratoires supérieures (*Allg. Wien. med. Ztg.*, nos 43 et 46, 27 octobre et 17 novembre 1885).

Rebillard (Georges). — Des troubles laryngés d'origine cérébrale (*Thèse de Paris*, 3 déc. 1885).

Royer (Francisco). — Laryngite syphilitique, nécrose du cartilage cricoïde, obstacle à la trachéotomie (*Annales de Otol. y Lar.*, nos 7 et 8, 1885).

Rocchetti. — Aspiration des corps étrangers des premières voies respiratoires (instruments) (*Bollet. delle mal. dell'orech., etc.*, 1er janvier 1886, n° 1).

Silcock Quarry. — Ulcération syphilitique de la trachée (*The Lancet*, n° 25, 19 déc. 1885, *Patholog. Soc.*).

Simanowsky. — Observations laryngologiques pendant l'année scolaire 1884-85 (*Wratsch*, nos 44, 47 et 48, 1885).

Simon (Jules). — De l'adénopathie trachéo-bronchique (*Gaz. méd. de Paris*, nos 45, 46, 47, 48, 49, 50 et 52, nov. et déc. 1885).

Solis Cohen. — Deux cas d'œdème unilatéral du larynx, dus au traumatisme en avalant un os (*Medical News*, n° 25, 19 déc. 1885).

Sota (Ramon de la). — Paralysie myopathique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (*Edinburgh Medic. Journ.*, déc. 1885).

Tauber (Bernard). — Du traitement local de la tuberculose laryngée (*Medic. News.*, n° 22, 28 nov. 1885).

Waxham. — Tubage du larynx (*The Polyclinic*, 15 octobre 1885).

Zacarias Ferdudandez y Ortiz. — Laryngite pseudo-membraneuse (*Annales de Otol. y Lar.*, n°s 7 et 8, 1885).

Oreilles

Ariza (R.). — Otite moyenne suppurée tuberculeuse (*Extrait du 5e vol. de l'Institut thérapeut. opérat.*, Madrid, 1885).

Ariza (R.). — De l'autophonie (Madrid. Imprim. de Enrique Amparo, 102, y Routa de Valencia, 1885).

Baratoux. — Considérations sur les pharyngites rebelles (*Revue méd.-franç. et étrang.*, n° 50, 12 déc. 1885).

Barr (Thomas). — Fracture d'une petite portion de la lame tympanique de l'os temporal à la suite d'essais d'extraction d'une épingle (*Archives of Otology*, vol. XIV, n° 4, déc. 1885.

Barth (A.). — De la pression produite dans la caisse par les insufflations de l'air à travers la trompe (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Bartsch (E.). — Du diagnostic différentiel de l'affection des appareils transmetteur et percepteur des sons (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Baumgarten (E.). — Des caustiques et de leur emploi dans les maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 11, nov. 1885).

Baumgarten. — Contribution à la notion des ruptures du tympan (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIII Bd, 1 Heft, 21 déc. 1885).

Benson (Arthur). — Exostose éburnée du conduit auditif externe (*Trans. of the Ac. of Med.*, Dublin III, p. 158, 1885).

Bézold (F.). — Remarques sur la montre comme acoumètre et sur la désignation uniforme des examens auditifs, d'après Knapp (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Blau. — Communications au sujet du catarrhe moyen simple et purulent (*Arch. f. Ohrenkeilk.*, XXIII Bd, 1 Heft, 21 déc. 1885).

Boucheron. — Du régime azoté dans le diabète et les diabétides oculaires et auriculaires (*Académie des Sciences*, 14 déc. 1885).

Bréchot. — Trépanation mastoïdienne dans le traitement de l'otite moyenne suppurée (*Le Courrier méd.*, n° 51, 19 déc. 1885, et n° 2, 9 janv. 1886).

Brunetti (Faustino). — Otite moyenne suppurée chronique, datant depuis trente-cinq ans, guérie dans un mois (*Rivist. venet*, nov. 1885).

Burnett. — Altération permanente de l'ouïe par la quinine et l'acide salicylique (*The Polyclinic*, 15 octobre 1885).

Burnett. — De l'hydrastine associée à l'acide borique dans l'otorrhée (*The Polyclinic*, Philadelphia, 15 déc. 1885).

Burnett. — Hernie de la muqueuse de la caisse à travers la perforation du tympan dans certains cas d'otite moyenne suppurée (*The medic. News*, 24 octobre 1885).

Clarence, Blake (J.) et **Walton** (G.-L.). — Symptômes auriculaires et nerveux de la syphilis secondaire (*Annal. des mal. de l'or., du lar., etc.*, n° 6, déc. 1885).

Cousins, Ward. — Nouvel insufflateur, évacuateur et injecteur pour l'oreille. — *Medic. Times and Gaz.*, Londres, 5 déc. 1885).

Dalby (H.-B.). — Leçons sur les maladies et les traumatismes de l'oreille observés in *Saint-Georges's hospital* (Londres, J. et A. Churchill, 3e édit., 1885).

Ferré (G.). — Contribution à l'étude du nerf auditif (*Extrait du Bullet. zoologique de France*, Paris, 7, rue des Grands-Augustins, 1885).

Fussell. — Un cas d'affection de l'apophyse mastoïde (*Patholog. Soc. of Philadelphia*, 12 nov. 1885. — *Medic. Times*, 12 déc. 1885).

Gomez de la Mata (G.). — Notes cliniques otologiques (*Annales de otol. y lar.*, nos 7 et 8, 1885).

Gellé. — De l'audition dans l'école. — De la dysacousie des écoliers. — L'insuffisance de l'ouïe et la faiblesse intellectuelle concordantes (*Annal. des mal. de l'or., du lar., etc.*, n° 6, déc. 1885).

Grazzi (Vitt.). — Les maladies du labyrinthe (*Extrait del Giorn. internazion. delle Sc. med.*, année VII, Naples, 1885).

Gruber (J.). — Du traitement des fistules purulentes dans le voisinage de l'organe de l'ouïe (*Allg. Wien. mediz. Ztg*, nos 1 et 2, 5 et 12 janv. 1886).

Guye (A.). — Un petit forceps pour enlever les corps étrangers de l'oreille et du nez (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Habermann. — De l'infection tuberculeuse de l'oreille moyenne (*Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd VI, p. 367).

Hartmann (A.). — De la formation de kystes dans le pavillon de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Haupt. — De la transmission par les os et par l'air (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 98, 7 déc. 1885).

Hedinger (A.). — Des corps étrangers de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Herz. — Un cas d'ascaride lombricoïde de l'oreille (*Soc. império-royale des médec. de Vienne*, 6 nov. 1885. *Wien. medic. Presse*, n° 48, 29 novembre 1885).

Hommel. — Le traitement mécanique du tympan et des osselets (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIII Bd, 1 Heft, 21 déc. 1885).

Jacobson. — Nouvel appareil téléphonique pour l'examen et le traitement de l'organe de l'ouïe (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 53, 31 déc. 1885).

Janney (S.). — Kyste près de l'oreille (*The Medic. and. Surgic. Report*, Philadelphie, 7 nov. 1885).

Jakob (Ernest). — De l'emploi de l'électricité dans les maladies du larynx. (*Leds and West Riding medico-chirur. Soc.*, 20 nov. 1885. — *British. medic. journ.*, 28 nov. 1885).

Lauret. — L'audition colorée (*Gaz. hebdomm. de sc, méd. de Montpellier*, nos 46 et 47, nov. 1885, et *Gaz hebdom. de med. et de chirur.*, n° 52, 25 déc. 1885).

Moos (S.) et **Steinbrugge** (H.). — Résultats de l'examen de six os pétreux provenant de trois sourds-muets (avec quatre figures) (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd., 2 et 3 Heft. 23 déc. 1885).

Moresco (Enrique). — Hypersécrétion de cérumen, accumulation (*Annales de Otol. y Lar.*, nos 7 et 8, 1885).

Mullot. — Du vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe (*Thèse de Paris*, 11 déc. 1885).

Noquet. — Polyne muqueux de 30 millim. de longueur, s'implantant dans la caisse du tympan, et sortant de cette cavité à travers une petite ouverture de la membrane tympanique (*Bullet. med. du Nord*, no 10, octobre 1885).

Rasmussen (A. F.) et **Schmiegelow** (E.). — Observation de tumeurs malignes de l'oreille moyenne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk*, XV Bd. 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Ravogli (A.). — Rupture du tympan (*Medic. and Surgic. Reporter*, 5 et 12 déc. 1885).

Rettig (A.). — Le phonophore (« Tonbringer ») (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, no 12, déc. 1885).

Roller. — De l'examen fait sur 73 sourds-muets et relatif aux symptômes de l'otopiésis (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXIII Bd., 1 Heft, 21 déc. 1885).

Rothholz (Hermann). — Diplacousie et perception crânienne (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd., 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Rothholz (Hermann). — Occlusion membraneuse du conduit auditif externe (*Zeitschr. f. Ohrenheilk:*, XV Bd., 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Schwabach. — Des maladies de l'oreille dans le diabète (*Deutsche med. Wochenchr.*, no 52, 24 déc. 1885).

Sewaudo-Talon. — Guérison d'un polype muqueux de l'oreille (*Annales de Otol. y Lar.*, nos 7 et 8, 1885).

Sexton (S.). — Contribution à l'étude de l'inflammation de la portion attique du tympan (*Americ. Journ. of. the medic. Sc.*, octobre 1885).

Sexton (S.). — Tube à conversation (conversation-tube) bi-auriculaire pour l'éducation de l'oreille de l'enfant sourd (*The med. record*, 31 oct. 1885).

Steinbrügge (H.). — De la formation de la cupule dans le labyrinthe humain (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Stepanow (E.). — Hémorrhagies supplémentaires, et surdité passagère (*Monatssch. f. Ohrenheilk.*, no 11, nov. 1885),

Suñé-Molist (L.). — Ostéome éburné de l'oreille moyenne (*Annales de Otol. y Lar.*, no 7 et 8, 1885).

Suñé-Molist (L.). — Nouvel appareil pour l'insufflation dans la trompe et la caisse (*Rev. y laryng. Otol. etc.*, no 6, déc. 1885).

Trélat. — Plaie de l'oreille par arme à feu (*Soc. de chir.* 11 nov. 1885).

Truckenbrod (C.). — Un cas d'abcès cérébral consécutif à une otorrhée et guéri par l'ouverture de l'apophyse mastoïde (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XV Bd, 2 et 3 Heft, 23 déc. 1885).

Transactions of. the « Américan Otological Society » 18th *Annual. Meeting. Pequot house, New London, Conn. july* 14, 1885).

Verdos. — 1° Cliniques olologiques (*Rivista di Lar., Otol., etc.*, no 7, janvier 1886). 2° Mobilisateur du tympan (*Rivista di Lar. Otol. etc.*, no 7., janvier 1886.)

Wyeth (J.-A.). Corps cartilagineux congénitaux situés au-devant du tragus *N.-Y. Pathological Society*, 9 déc. 1885. *N.-Y. Medic. Journ.*, n° 25, 19 déc. 1885).

Wehmer (Richard). — Des blessures de l'oreille au point de vue de la médecine légale (Francfort-sur-l'Oder, 1885).

Ziem. — Un cas de blepharospasme pendant une injection faite dans l'oreille (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 49, 3 déc. 1885).

Croup et Diphtérie.

Bloebaum. — Guérison de la diphtérie par la galvanocaustie (*Deutsche mediz. Ztg.*, n° 6, 18 janv. 1886).

Guillet.— Diphtérie primitive du larynx propagée aux bronches (*Soc. anat.*, *Progrès méd.*, n° 3, 16 janvier 1886).

Lord (R.) — Diphtérie guérie par le baume de Tolu (*British. medic. Journ.*, 12 déc. 1885).

Matthews. — Diphtérie compliquant la syphilis (*The Lancet*, 12 déc. 1885).

Moldenhauer (W.). — De la pathologie du pseudo-croup (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).

Morton (Alex. Young). — La Diphtérie et le Baume de Tolu (*British. Medic. Journ.*, 9 janvier 1886).

Parker (William). — Trachéotomie dans la diphtérie laryngée. Traitement ultérieur et complications (*Londres*, *H. K. Lewis*, 2e édit. 1885).

Robin (A.). — De la syphilis amygdalienne, à forme diphtéritique (*Gaz. méd. de Paris*, n°s 1 et 2, 2 et 9 janvier 1886).

Rothmann. — Un cas de parésie des muscles respiratoires consécutive à la diphtérie. (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 7 déc. 1885. *Deutsche mediz. Ztg.*, n° 104, 28 déc. 1885.)

Sax (Berthold). — Observation de bronchite croupeuse (*Wiener med. Presse*, n°s 1, 2, 3, janv. 1886).

Smith (Samuel). — Histoire et traitement de trente cas de diphtérie (*N.-Y. State Medic. Association*, 17-20 nov. 1885. — *Medic. News*, 5 décembre 1885).

Tedeschi. — D'un traitement rationnel de la diphtérie (traitement galvanocaustique (*Rivista Veneta*, nov. 1885.)

Unterholzner. — De la diphtérie. Relevé statistique d'après des observations faites dans le « Leopoldstädter » hôpital des enfants, de 1878 à 1883 (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, Bd. XXIII, Heft 3, 1885).

Winters (J.-F.). — La diphtérie et le croup sont-ils des maladies distinctes? (*The med. Rec.*, N.-Y., 5 déc. 1885).

Varia.

(CORPS THYROÏDE, GLANDE PAROTIDE, COU, ETC.)

Albarran. — Carcinome primitif de l'œsophage (*Gacetta med. Catalana*, 15 déc. 1885).

Allen (Harrison). — Remarques sur l'emploi du galvano-cautère (*The N.-Y. Med. Journ.*, 7 nov. 1885).

Annéquit. — Contribution à l'étude de la gastrotomie (*Thèse de Bordeaux*, déc. 1885).

Bermann. — Un cas de goître kystique (*Medic. Soc. of the district of Columbia*, 11 nov. 1885. – *Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, 12 décembre 1885).

Bircher (Heinrich). — Le goître endémique et ses relations avec la surdimutité et avec le crétinisme (Bâle, chez Schwabe, édit.).

Bogajewsky. — Un cas de gastrotomie dans la sténose carcinomateuse de l'œsophage (*Chir. Westn.*, juillet, août, sept. 1885).

Boldt. — Effets toxiques de la cocaïne (*N.-Y. Patholog. Soc.*, 25 nov. 1885. — *Medic. Times*, 12 déc. 1885).

Bourgois (L.). — Note sur le développement du sinus maxillaire et sur les rapports que cette cavité affecte avec les dents chez l'enfant (*Journ. des scienc. med. de Lille*, n° 24, 20 déc. 1885).

Campardon. — Etude générale sur l'emploi de la cocaïne (*Soc. de méd. pratique*, 19 nov. 1885).

Dujardin-Beaumetz. — Des anesthésiques locaux (*Bullet. gén. de thérapeutique*, 30 déc. 1885).

Fischelis (Ph.). — Contribution à l'étude de l'étiologie du corps thyroïde et du thymus (*Arch. f. mikroskop. Anatomie*, XXV Bd, 3 Heft, 1885).

Florkiewicz. — Deux cas d'actinomycosis (*Gaz. lek.*, n° 45, 1885).

Le Fort. — Fistule branchiale thyro-hyoïdienne guérie par l'électrolyse (*Bullet. génér. de thérap.*, 30 juillet 1885).

Fry (H.-D.). — Contribution à l'étude de la diphtérie de l'œsophage, avec le rapport sur un cas (*Americ. Journ. of the medic. Scienc.*, octobre 1885).

Galippe. — Note sur un champignon développé dans la salive humaine (*Journ. des connaiss. méd.*, n° 1, janv. 1886).

Gussenbauer. — Un cas de fistule congénitale du cou (*Société des méd. allemands de Prague*, 6 nov. — *Prager med. Wochenschr.*, n° 46, 18 novembre 1885).

Guttmann (P.). — Traité des méthodes cliniques pour l'examen des organes thoraciques et abdominaux y compris la laryngoscopie (Berlin, A. Hirschwald, 6e édit.).

Heymann (P.). — De l'intoxication par la cocaïne (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 46, 12 nov. 1885. — *Soc. de médecine de Berlin*, 4 novembre 1885).

Horseley. — Résultats de l'extirpation de la glande thyroïde chez le singe (*Soc. de biologie*, 26 déc. 1885).

Houzel. — Kyste thyroïdien à parois calcifiées (*Soc. de chir.*, 30 déccembre 1885).

Hudson. — Affections de l'antre d'Highmore avec rapport sur deux cas (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 14 nov. 1885).

Johnson (Erik-Gustaf). — Etudes cliniques concernant l'effet de l'acide borique et du borax sur l'organisme et leur élimination (*Nord. med. Ark. Stockholm*, XVII, 2, 1885).

Lange (Victor). — Sur mon instrumentarium (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 11, nov. 1885).

Lediart. — Périostite du maxillaire inférieur suivi de phlegmon du cou ressemblant à une angine (*Angina Ludovici*) (*The Lancet*, 14 nov. 1885).

Malassez. — Sur la pathogénie des kystes dits folliculaires des mâchoires (*Journ. des connaiss. méd.*, n° 46, 12 nov. 1885).

Manby (F. E). — Fracture du cartilage thyroïde; laryngotomie; guérison. (*The Lancet*, 9 janvier 1886).

May (Bennett). — Corps étranger de l'œsophage *Midland Medic. Soc.* 9 déc. 1885. (*The Lancet*, 9 janvier 1886).

Meyerson. — Du catarrhe chronique et des symptômes nerveux qui l'accompagnent. (*Med. News*, n° 48, 1885).

Mikulicz (S). — De l'extirpation du goître avec remarques sur les suites de l'extirpation totale de la glande tyroïde (*Centralbl. f. Chirurgie Leipzig*, 19 déc. 1885).

Murell (William). — La térébenthine pure dans le traitement de la toux d'hiver. (*British medic. Journ.*, 12 déc. 1885).

Peyrot. — Cancer du corps tyroïde, ablation; résection de la carotide, de la veine jugulaire et du nerf pneumogastrique; guérison; mort par récidive du cancer. (*Soc. de chir. de Paris*, 18 nov. 1885).

Preuschen (F.). — De l'inflammation de la parotide consécutive à l'ovariotomie (*Deusche med. Wochenschr.*, n° 51, 17 déc. 1885).

Price (Parry). — Affection maligne de l'œsophage. (*Patholog. Society of London* 5 janv., *et British med., journ.*, 9 janv. 1886).

Sands. — Rétrécissement de l'œsophage. Œsophagotomie interne (*New-York Surg. Soc.* 27 octobre et *Med. News*, 21 novembre 1885).

Schilling. — Intoxication avec la cocaïne et antidote (Amylnitiste) (*Aerztl. Intellig.-Bl.*, n° 52, 29 déc. 1885).

Schwalbe. — Traité d'anatomie des organes des sens (Erlangen, chez Besold).

Spear (I. S). — Un cas d'intoxication avec la cocaïne simulant une intoxication par l'opium. (*Th. med. Record*, n° 20, 14 nov. 1885).

Smith (Andrew). — Des principes concernant la construction des tubes employés par la pulvérisation (*N-.Y medic. Journ.*, n° 22, 28 novembre 1885).

Soltmann. — De l'étiologie de l'actinomycosis et des parties où elle s'étend (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXIV Bd., Heft 1 et 2).

Thompson (I. W). — Goître exophtalmique (*Jour. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 28 nov. 1885).

Tillaux. — Un cas de chondrome de la parotide (*Gaz. des hôpit.*, n° 142, 8 déc. 1885).

Wasthington. — Traitement du goître (*Saint Louis medic. Journ.*, déc. 1885).

Weil. — Un cas d'athérome du cou (*Soc. des médecins allemands à Prague*, 28 nov. 1885)

Weinlechner. — Quelques cas d'opérations de goître. (*Wien. med. Bl.* 17 déc. 1885).

White. — Communication ultérieure sur les fonctions du nerf récurent, par rapport au corps tyroïde (*British med. Journ.*, 28 nov. 1885).

Ziem. — De l'intoxication par la cocaïne (*Allgem. med. Central Ztg*, n° 90, 1885).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

DES NÉOPLASMES DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES

par le Dr O. CHIARI, Prof. Agrégé de l'Université de Vienne.
(Traduit de l'allemand par le Dr L. Lichtwitz)

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N MAY 10 1886

Les tumeurs des fosses nasales ne sont en somme pas rares, si l'on y comprend aussi les excroissances osseuses et cartilagineuses qui obstruent si souvent l'une ou l'autre des fosses nasales. Mais comme ces excroissances une fois formées, — on ne les observe jamais, d'après Zuckerkandl (1), avant l'âge de sept ans, — ne se modifient plus et surtout n'augmentent pas de volume avec l'âge, on peut les considérer comme des vices de développement.

Nous n'avons pas ici à rechercher si elles ne sont pas parfois la conséquence de traumatismes ayant déterminé, *in loco læsionis*, la formation d'une sorte de cal exubérant. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne doit pas les classer parmi les néoplasmes.

Les *hypertrophies* des parties molles de la cloison, quand elles sont circonscrites, établissent la transition avec les véritables néoplasmes.

Semeleder (2), Schrötter (3), Michel (4) et d'autres les ont souvent décrites; Schrötter fait surtout observer que ces affections de la cloison ont une symétrie très marquée, et c'est là au reste un fait que tout observateur expérimenté n'a pu manquer de constater. Mentionnons ici à ce propos les renflements oblongs qu'on observe assez souvent sur le bord postérieur de la cloison, qui lorsqu'on

(1) Zuckerkandl, *Anatomie der Nasenhöhle*, Wien, 1882, chez Braumüller, édit., page 49,

(2) Semeleder, *Die Rhinoscopie*, 1862, page 63.

(3) Schrötter, *Jahresbericht*, 1871, page 110, et *Mitteilungen*, 1875, page 156.

(4) Michel, *Krankheiten der Nasenhöhle*, 1876, page 19.

les touche avec la sonde, présentent une consistance molle.

J'ai souvent observé aussi *des hypertrophies unilatérales* de la muqueuse et du tissu sous-muqueux que j'ai enlevées ordinairement avec l'anse froide. Je me contenterai d'en décrire simplement un cas :

Reinkraut Tobias, âgé de quarante-quatre ans, vint me consulter le 31 octobre 1883, pour un écoulement muqueux des fosses nasales. A l'examen rhinoscopique on trouve les cornets hypertrophiés et, en outre, du côté gauche, sur la partie antérieure de la cloison, une granulation de la grosseur d'un haricot. Elle fut enlevée à l'anse froide. L'examen au microscope permit de constater la structure suivante : Les couches superficielles étaient formées par un tissu conjonctif à fibres grêles, infiltré d'un grand nombre de cellules embryonnaires. On trouvait ensuite au-dessous un nombre considérable de glandes muqueuses, et la couche profonde était composée de fibres lamineuses compactes et traversée par des vaisseaux ectasiés à parois épaisses.

Cette tumeur offrait donc une stratification et une structure analogue à celle de la muqueuse nasale, on devait donc la considérer comme une hypertrophie pure.

Zuckerkandl (1) a décrit deux cas de granulations polypoïdes symétriques situées sur la portion osseuse de la cloison et dont l'une était constituée par des replis de la muqueuse.

Polypes muqueux. — Après les hypertrophies circonscrites simples, ou végétations polypoïdes, se placent naturellement les polypes muqueux, dont on a souvent l'occasion d'observer le développement graduel sur d'autres parties de la muqueuse nasale hypertrophiées. On voit en effet tous les passages entre les simples replis de la muqueuse épaissie, et les véritables polypes

(1) *Loc. cit.*, page 73, Tafel 10, fig. 43 et 44.

muqueux, gris transparents mous et insensibles (1).

Etant donné qu'en général on ne rencontre que rarement sur la cloison de véritables polypes muqueux, on ne pourra guère dans ce cas observer cette transition. Toutefois, j'ai vu un cas dans lequel à côté de polypes muqueux typiques insérés sur la partie antérieure de la cloison, on voyait de petits bourrelets d'un gris rouge. J'aurai l'occasion de revenir sur ce fait, au cours de cet article.

Je veux tout d'abord passer en revue la littérature médicale de cette question. Autant que je puisse l'affirmer, c'est Cloquet (2), qui a décrit le premier les polypes de la cloison. Hartmann (3) eut l'occasion d'observer un cas dans lequel on voyait plusieurs polypes pédiculés insérés sur la cloison.

Zuckerkandl (4) a cité un cas de polype de la cloison, de la grosseur d'une lentille, et Schaeffer (5) ainsi que Jacquemart (6) ont opéré plusieurs polypes pédiculés. J'ai moi-même opéré un cas de ce genre dont voici la relation succincte.

R. v. M., âgé de quarante ans, magistrat, vint me consulter pour une obstruction partielle de fosses nasales remontant à plusieurs années. Il se plaignait en outre de névralgie du sus-orbitaire droit. Je constatai dans les fosses nasales un grand nombre de polypes muqueux typiques, il existait en outre du côté gauche, sur la cloison en bas et en avant, une végétation du volume d'un haricot. Au voisinage de ce polype implanté sur une large base, on trouvait plusieurs bourrelets

(1) Hopmann n'accepte pas cette manière de voir (*Ueber Nasenpolypen, Monatsschr. für Ohrenh.*, n°s 6 et 8, 1885).

(2) Cloquet : *Osphrésiologie*. Paris, 1821 (d'après Zuckerkandl)

(3) Hartmann : *Deutsche med. Wochenschr.* 1879, n° 28-30.

(4) *Loc cit.*, pages 73 et 84.

(5) Schaeffer : *Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie*, Wiesbaden 1885.,

(6) Jacquemart : *Annal. des mal. de l'oreille, etc.* 1883, page 69-78.

arrondis, bosselés, gris-rouges, ayant à peu près la même grandeur. J'enlevai des deux côtés, en une seule séance, dix polypes insérés au niveau du cornet moyen, et j'extirpai aussi ladite végétation de la cloison ; l'examen macroscopique démontra qu'elle avait le même aspect que les polypes muqueux ordinaires, et on ne pouvait donc conserver aucun doute sur sa véritable nature. Malheureusement ces tumeurs furent égarées et ne purent être examinées au microscope. Le malade ne revint plus, mais les douleurs névralgiques avaient disparu bien qu'il fût difficile d'admettre que les polypes avaient été entièrement enlevés. Il m'écrivit un an plus tard que les névralgies n'avaient plus reparu.

J'ai eu l'occasion d'observer une fois, les tumeurs des cornets, décrites par Hopmann (1) sous le nom de *papillomes*, associées à des tumeurs semblables de la cloison. J'ai souvent opéré ces tumeurs des cornets, et toujours j'ai pu constater un développement bien marqué des papilles avec ectasie des glandes et des vaisseaux.

Voici le cas de papillomes de la cloison dont je viens de parler :

Kohlker Michael, cultivateur, âgé de soixante-sept ans, se présente à ma clinique, le 17 octobre 1883, pour une obstruction des fosses nasales accompagnée d'écoulement. Ces symptômes s'étaient montrés peu à peu, en l'espace de six ans. L'obstruction était déterminée par des tumeurs papillaires grises, presque transparentes, provenant, dans les deux fosses nasales, de la face inférieure du cornet inférieur. On constatait, en outre, du côté droit, en avant de la cloison, une végétation grosse comme une lentille, présentant le même aspect que les tumeurs des cornets. Elles furent enlevées à l'anse froide, l'hémorrhagie fut peu abondante.

L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait de papillomes (Hopmann). Elles avaient, en effet, la struc-

(1) *Loc. cit.*

ture papillaire et contenaient en grand nombre des glandes et des vaisseaux ectasiés.

Les cinq cas de Lefferts (1) appartenaient probablement à ce genre de tumeurs. Il s'agissait de femmes de quinze à vingt-cinq ans. Les tumeurs qui avaient occasionné des épistaxis furent enlevées. Elles étaient de structure papillomateuse.

N'ayant pas eu le travail original à ma disposition, il m'a été impossible, à mon grand regret, de trouver le détail de ces observations.

Je dois mentionner ici un cas de tumeur papillaire d'aspect muriforme, siégeant symétriquement sur chaque côté de la cloison des orifices postérieurs des fosses nasales et que j'ai déjà enlevé en 1880. Voici l'histoire de ce cas :

Wengel Kronlik, tailleur, vingt-cinq ans, se présente, au mois d'octobre 1880, à la Clinique du professeur Schrötter, où je remplissais, à cette époque, les fonctions d'assistant. Le malade se plaignait de ne pouvoir pas, depuis un an, respirer par le nez, il avait de plus des maux de tête.

Fig. 1.

L'examen rhinoscopique antérieur permit de constater un léger gonflement de la muqueuse, insuffisant, toutefois, à expliquer l'obstruction. Mais à l'examen rhinoscopique postérieur, on put voir des deux côtés de l'extrémité postérieure de la cloison une tumeur blanche papillaire obstruant les orifices postérieurs des fosses nasales. L'obstruction était plus complète à droite qu'à gauche. (V. fig. 1.)

(1) *Archiv. of Laryngol.* 1882, II. et *Monatsschr. f. Ohrenheilk.* 1882, n° 9.

On enleva une partie de cette végétation avec la pince naso-pharyngienne de Schrötter guidée par le miroir. Le reste ne fut extirpé que plusieurs mois après (le malade ne vint que très irrégulièrement), par la même méthode et aussi en partie par l'anse froide introduite par les fosses nasales. M. le Dr Zemann, assistant attaché à la Chaire d'anatomie pathologique, à Vienne, eut l'obligeance d'examiner quelques-unes des parties du néoplasme et constata qu'elles étaient formées d'un mélange de *papillome fibreux et d'adénome.* Les glandes étaient très développées, mais presque partout nettement séparées du tissu lamineux. Les vaisseaux étaient rares et petits. Ce néoplasme différait donc des papillomes de Hopmann (1), par l'absence de vaisseaux ectasiés et nombreux. Le malade, après la dernière opération, n'est malheureusement pas revenu; en conséquence, je ne puis dire si la tumeur récidiva, oui ou non.

Myxômes.— On sait que sur les 220 malades atteints de polypes du nez que Hopman (2) a examinés, il n'a pas trouvé un seul cas de véritable myxôme. Le hasard m'a permis d'observer et d'extirper un myxôme de la cloison. Avant de rapporter l'observation qui m'est propre, je dois dire que Delavan (3) et Clinton Wagner (4), chacun de leur côté, ont opéré un cas de myxôme vasculaire. Le dernier de ces auteurs a dû combattre une hémorragie dangereuse, survenant pendant l'opération.

Voici mon observation :

M. J. M., négociant, quarante-cinq ans, me fut adressé le 14 mars 1882 par M. le professeur Drasche. Il souffrait depuis 6 semaines d'epistaxis et de douleurs de tête siégeant principalement au-dessus de l'œil droit. Plus tard j'appris que dès

(1) *Virchow's Archiv.* Bd. 93, Heft 2.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Archiv of Laryngology* 1882, II.
(4) *Ibidem.*

sa première enfance, il saignait très fortement et très facilement des gencives, et en général de toute plaie quelque petite qu'elle fût et quel qu'en fût le siège. A l'inspection des fosses nasales et à l'examen avec la sonde on put constater à droite une tumeur rouge, de consistance molle, n'obstruant pas complètement la fosse nasale correspondante. On ne put découvrir son point d'insertion. Le lendemain je l'entourai d'une anse froide que je plaçai aussi haut que possible et je serrai lentement. L'anse sectionna les tissus sans presque éprouver de résistance et un morceau de la tumeur gros comme une noisette fut ainsi enlevé. A la suite survint un abondante hémorrhagie que j'arrêtai en introduisant dans la fosse nasale une longue bande de gaze iodoformée. Le lendemain je sortis la gaze et l'hémorrhagie ne se reproduisit pas. Pour l'opération suivante j'employai l'anse galvanique et cependant l'hémorrhagie fut tellement abondante que je ne pus extirper qu'une partie de la tumeur. J'eus donc recours de nouveau à l'anse froide qui peut être maniée avec plus de rapidité. Cette fois je m'efforçai d'entourer toute la tumeur mais je ne pus passer l'anse assez haut et il me fut impossible d'atteindre le pédicule. Ce n'est qu'à la cinquième séance que je pus placer l'anse sur le point d'implantation qui se trouvait sur la cloison au niveau du cornet moyen, à une distance de cinq centimètres de l'entrée des fosses nasales. Toutes les fois que l'anse coupait la tumeur il se produisait une hémorrhagie si abondante qu'il me fut toujours impossible de pratiquer une seconde tentative d'extraction dans la même séance et que toujours je fus obligé de tamponner rapidement la fosse nasale avec de la gaze iodoformée pour faire cesser l'écoulement sanguin. C'est pourquoi je ne pus extraire la tumeur que morceau par morceau.

Je ne puis m'empêcher à ce propos de recommander d'une manière toute spéciale le tamponnement du nez avec la gaze iodoformée. On peut tapisser avec elle toutes les fosses nasales et la laisser en place un ou deux jours sans avoir à redouter une rhinite purulente ou une salpingite. Cette propriété et la facilité avec laquelle on peut pratiquer le tamponne-

ment rend cette méthode bien supérieure à l'emploi de la sonde de Belloque, sans compter qu'elle ne procure au malade que fort peu de désagréments.

Je cautérisai le point d'implantation du polype au galvanocautère.

Plus d'un an après l'opération, je revis le malade. Les épistaxis ainsi que les maux de tête avaient entièrement disparu et la cloison était lisse sans aucune trace de récidive. M. le Dr Kolisko, assistant au laboratoire d'anatomie pathologique, eut l'obligeance d'examiner la tumeur. Elle était constituée par un tissu élémentaire myxomateux riche en vaisseaux dont les capillaires avaient des parois épaisses et contenaient un grand nombre de noyaux. Les capillaires étaient entourées de traînées de cellules fusiformes. On peut donc considérer le néoplasme comme étant un polype myxomateux riche en cellules et en vaisseaux, différant des polypes du nez ordinaires en ce qu'il n'offrait pas, comme ceux-ci, la structure aréolaire, mais celle d'un myxome.

Ainsi que Hopmann, j'ai examiné beaucoup de polypes, et toujours je leur ai trouvé la structure aréolaire, et jamais la structure myxomateuse. L'observation qui précède démontre cependant qu'il existe aussi dans les fosses nasales des polypes myxomateux.

Fibromes. — Deux fois on a observé des fibromes de la cloison. Bryson Delavan (1) extirpa chez un garçon de seize ans une tumeur fibreuse contenant beaucoup de cellules lymphoïdes. Steven, au rapport de Buchanan (2), en a opéré un second. Moi-même j'ai eu la bonne fortune de voir un fibrome qui s'était développé symétriquement sur le bord postérieur de la cloison. Il avait l'aspect des hypertrophies symétriques qui se trouvent sur cette région, mais il était plus bosselé et plus dur au toucher (V. fig. 2). Désireux d'en connaître la structure, j'en

(1) *Loc. cit.*
(2) Bouchanan, *Glasgow Med. Journ.*, 1882, XVII, 211.

extirpai une partie, bien que la tumeur n'occasionnât aucune gêne au malade. Le Dr Zemann eut la bonté de pratiquer l'examen histologique et rédigea le rapport suivant : « On voit sur des papilles petites, arrondies et » épaisses, un épithélium cylindrique très peu élevé. » Dans la couche profonde on trouve un tissu lamineux, » fibreux, dense, et des vaisseaux à parois épaisses ; ces » derniers s'étendent jusqu'au-dessous de la couche épi- » théliale, formant à ce niveau un grand nombre d'anas-

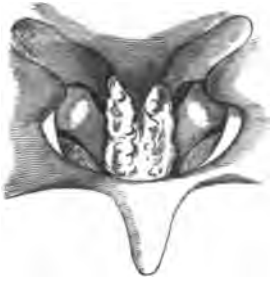


Fig. 2.

» tomoses arquées. Sur ce point j'ai aussi trouvé une » glande muqueuse. »

La présence de papilles et d'une glande muqueuse indique que le fibrôme avait eu pour point de départ une hypertrophie de la muqueuse. Le malade porteur du néoplasme, était un jeune homme de dix-huit ans, qui n'accusait aucun trouble du côté du nez, et ce n'est que par hasard que je découvris la tumeur. A mon grand regret, le malade ne revint plus, aussi m'est-il impossible de dire comment les choses se sont passées depuis.

Enchondromes.— Bryson Delavan (1) a opéré un enchondrome chez un garçon de huit mois.

Adénomes.— John Ashhurst (2) extirpa avec la pince à polype un adénome polypoïde. Il était jaune et assez dur.

(1) *Loc. cit.*

(2) Ashhurst, *Philadelphia Med. Times* 416, vol. 14, 3 novembre 1883, page 94.

Delavan (1) a opéré une tumeur de nature inconnue chez une femme de soixante-trois ans. Je dois enfin mentionner un myxo-fibrome que j'ai observé chez un jeune homme.

Au mois de février 1883, Ludwig K..., étudiant en médecine, vint à ma clinique et se plaignit d'épistaxis fréquentes accompagnées d'obstruction des fosses nasales. Au mois de décembre 1882, il aurait reçu un très léger coup sur l'aile droite du nez. Les saignements du nez seraient survenus immédiatement et auraient persisté durant plusieurs heures. Les épistaxis se sont depuis reproduites chaque nuit surtout après des libations copieuses et des excitations. Il se forme dans la narine droite des croûtes obligeant le malade à respirer la bouche ouverte. Ces croûtes enlevées, l'hémorrhagie se reproduisit immédiatement. C'est alors qu'il vint s'adresser à moi.

Dans l'orifice antérieur de la narine droite, sur la cloison, j'aperçus une tumeur arrondie ayant un centimètre environ de diamètre. La surface en était bosselée, rouge, recouverte par places de sang desséché, et présentant une consistance molle. Je l'entourai de l'anse froide et constatai qu'elle avait un pédicule mince que je sectionnai très facilement. L'hémorrhagie assez abondante qui suivit l'opération fut arrêté à l'aide d'un tampon d'ouate appliqué sur la plaie et par des cautérisations au nitrate d'argent en substance. Le Dr Zemann constata qu'il s'agissait d'un myxo-fibrome ayant en certains points une structure presque sarcomateuse. Il est évident que la tumeur était antérieure au léger traumatisme subi par le malade, mais que le coup reçu avait déterminé l'hémorragie.

Le 19 avril de la même année, je revis le malade. La cloison était lisse et ne présentait guère de traces de cicatrices.

Sarcomes et Carcinomes. — Ils peuvent dans leur développement gagner la cloison, comme aussi, s'y dévelop-

(1) *Loc. cit.*

per primitivement; mais je n'ai trouvé aucun cas de ce genre mentionné dans la littérature médicale.

Passons maintenant en revue, une fois encore, les divers cas de néoplasmes de la cloison que nous venons de mentionner, nous y trouverons réunies presque toutes les formes bénignes, à savoir : polypes muqueux 7 fois, papillomes 7 fois, fibromes 3 fois, myxomes 3 fois, enchondrome 1 fois, adénome 1 fois, myxo-fibrome 1 fois, et une tumeur inconnue.

N'ayant de renseignement détaillés que sur 18 cas, les réflexions qui suivent n'ont trait qu'à ce chiffre.

Sur ces 18 cas, 10 concernaient l'homme, 8 la femme. L'âge des malades était, dans 11 cas, de vingt ans environ, un cas seulement concernait un enfant de 8 mois, et deux malades, un homme et une femme, avaient dépassé la soixantaine. C'est donc à l'âge moyen que les tumeurs de la cloison se manifestent le plus souvent, il en est au reste, de même pour les polypes du nez en général. Les deux côtés étaient pris 4 fois, la cavité droite 10 fois, la gauche 4. Dans seulement deux cas (enchondrome et myxo-fibrome) le traumatisme était incriminé comme cause du développement de la tumeur. Pour les détails histologiques, je renvoie le lecteur aux cas cités.

Je voudrais seulement rappeler ici que dans onze cas, de graves hémorrhagies se produisirent, soit spontanément, soit à la suite de l'opération. On les explique facilement par ce fait que les tumeurs sont pourvues d'un grand nombre de vaisseaux, car elles se développent aux dépens des parties molles de la cloison qui, d'après Zuckerkandl (1), contiennent non seulement beaucoup de vaisseaux, mais même en certains points du tissu caverneux.

C'est pour cette raison que l'épistaxis est un symptôme fréquent des tumeurs de la cloison. Le second symptôme

(1) Zuckerkandl : *Denkschriften der Academie der Wissenschaften in Wien*, Bd 49.

est la gêne qu'elles déterminent par obstruction des fosses nasales.

Enfin, pour ce qui est du traitement, il devra consister dans l'extirpation surtout avec l'anse ou par les pinces. Les tumeurs dures sont les seules qui nécessiteront une intervention chirurgicale plus sérieuse. Dans le but d'éviter l'hémorrhagie, on pourra avoir recours à l'anse galvanique, mais elle ne donne pas non plus des garanties absolues (voir le cas Markl). Pour arrêter l'hémorrhagie, le tamponnement avec la gaze iodoformée sera dans la plupart des cas suffisant. Il est utile, pour éviter les récidives, de cautériser le point d'implantation au galvano-cautère, ce qui n'offrira pas de grandes difficultés étant donné la facilité que l'on a d'aborder la cloison.

Je me fais un réel plaisir de remercier, en terminant, M. le professeur Schrötter de la permission qu'il a bien voulu m'accorder d'utiliser dans ce travail deux observations prises à sa clinique.

TUMEUR DU MANCHE DU MARTEAU

par le Dr C. MIOT.

Les ouvrages ne mentionnent aucun état pathologique semblable à celui qui fait l'objet de l'observation suivante, nous croyons devoir le publier.

10 novembre 1878. — M. X.., vingt ans, lymphatique, est affecté d'une surdité très prononcée de l'oreille droite survenue à la suite d'un catarrhe purulent de la caisse, qui a duré un an. Il entend moins bien aussi depuis quelque temps de l'oreille gauche.

Perc. crân. g. b. à la montre.

Perc. cr. d. b. à la montre.

Or. g. 70 centimètres à montre, petite voix moyenne à 8 mètres.

O. d. contact montre ; petite voix moyenne, 20 centimètres. Diapason à droite.

Le tympan gauche a l'aspect que donne le catarrhe de l'oreille moyenne. Le tympan droit est un peu épaissi, d'un gris blanchâtre dans sa moitié antérieure. Il est un peu aminci dans une certaine étendue de sa partie inféro-antérieure, où, à la place d'une perforation ancienne, existe du tissu cicatriciel. Ce tissu a une coloration d'un gris sombre, beaucoup plus foncée que celle du reste de la membrane. Sa moitié postérieure est blanchâtre et a des tons rosés. Elle adhère, en certains points, à la grande branche de l'enclume et à la branche postéro-inférieure de l'étrier. L'apophyse externe est grosse, un peu déformée, en partie cachée par une tumeur trilobée, un peu plus grosse qu'un grain de chènevis (voir la figure).

Cette tumeur opaque, d'un jaune pâle, est sillonnée par quelques vaisseaux à sa partie supérieure. En la touchant avec un stylet boutonné, on constate qu'elle est sensible,

Tumeur trilobée du manche du marteau.

dure, et adhère fortement au manche du marteau dont l'extrémité inférieure paraît un peu plus volumineuse qu'à l'état normal.

Gorge. — Pharyngite granuleuse hypertrophique.

Nez. — Un peu de rhinite chronique.

Après une insufflation d'air dans les caisses, la montre est entendue de l'oreille gauche à un mètre. L'acuité à droite reste la même.

Le malade ne peut commencer que le 1er mai 1879 le traitement.

1° Attouchements du pharynx et du nez avec une solution d'acide chromique au 10e puis au 5e.

Fumigations d'eau chaude.

Eaux de Cauterets en boisson, gargarisme, et injection nasale à prendre plus tard.

2° Insufflation de vapeur d'eau et de benjoin dans les caisses, deux ou trois fois par semaine.

Après avoir constaté que les insufflations n'ont pas augmenté l'acuité auditive, nous avons pratiqué l'ablation de la tumeur, le 8 mai, de la manière suivante :

Un crochet très fin étant fixé dans les parties inférieures de ce néoplasme, nous détachons peu à peu celui-ci du manche du marteau avec un bistouri courbé sur le plat, en pratiquant l'incision parallèlement au tympan et de bas en haut, afin que l'écoulement sanguin ne nous empêche pas de suivre les mouvements de l'instrument. Quelques instants après l'opération, nous lavons avec de l'eau alcoolisée la plaie débarrassée de son caillot. Le lendemain, cette plaie est cautérisée avec une solution aqueuse d'acide chromique au 5e et nous prescrivons des instillations d'eau alcoolisée au 15e, matin et soir.

17 mai. — La cicatrisation de la plaie est à peu près complète.

22 mai. — Oreille g. 2 mètres à montre; p. v. m. à distance normale.

Or. d. 30 centimètres; p. v. m. à 2 mètres.

10 juin. — Or. g. bonne. Or. dr. à 40 centimètres; p. v. m. à 2 mètres 50 environ.

La tumeur examinée au microscope par M. J. Baratoux, alors mon chef de clinique, est formée par du tissu fibreux de consistance ferme, assez résistant à la section. Elle présente deux portions bien distinctes : 1° une partie corticale; 2° une partie centrale.

La première est formée de tissu conjonctif compact comprenant à peu près la 5e partie de l'épaisseur totale de la tumeur. Les faisceaux de ce tissu conjonctif sont disposés en courbes concentriques. On y trouve de nombreuses cellules fusiformes, à grand axe dirigé dans le sens des fibres. Ces cellules renferment des noyaux très distincts entourés d'un grand nombre de granulations fines.

La deuxième partie paraît assez bien séparée de la couche corticale, surtout dans les portions de la tumeur qui s'appliquaient contre le manche du marteau. Elle est formée de nombreuses cellules embryonnaires à gros noyaux. Ces cellules sont disséminées au milieu d'un tissu conjonctif très lâche.

Nous avons revu le malade longtemps après l'opération; l'amélioration obtenue persistait, et la tumeur n'avait pas récidivé.

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite*)

par le Dr J. BARATOUX (1).

Accidents de l'Oreille dans la Syphilis héréditaire.

Si les accidents auriculaires dans la syphilis acquise ont été remarqués depuis de nombreuses années, il faut arriver jusqu'à notre époque, pour que les affections de l'oreille dans la syphilis héréditaire prennent droit de cité dans la pathologie en fournissant leur contingent aux éléments du diagnostic.

En effet, c'est surtout Vidal (de Cassis), qui a attiré l'attention des praticiens sur l'examen du pavillon et du conduit sur le nouveau-né dont les parents ont eu la maladie vénérienne.

Peu après, Méric cite un cas d'otorrhée et de Trœltsch, une observation de carie de l'apophyse mastoïde, de thrombose des sinus transverses avec carie du sphénoïde et ulcérations naso-pharyngiennes.

Wilde (2) avait aussi décrit une affection attaquant les oreilles pendant l'enfance, consécutivement à une maladie inflammatoire des yeux ou alternant avec elle. Il insistait aussi sur les caractères fournis par les yeux, les

(1) Voir *Revue*, n° 1, janvier 1886.
(2) Wilde, Aural Surgery. Otitis in connection with ophthalmia.

dents et les oreilles pour le diagnostic de la syphilis héréditaire.

Hutchinson publie alors son livre dans lequel il donne 21 observations ayant trait à des lésions de l'organe de l'ouïe. Malheureusement, l'examen ne fut pratiqué que chez six malades qui ne présentaient pas d'otorrhée, contrairement à ce qu'il avait remarqué chez les deux tiers de ses quinze premiers malades.

Puis successivement MM. Lancereaux, Hinton, Anderson, Wreden, Dalby, Field, Parrot, Kipp, Gressent, Augagneur, Thorens, Seligsohn, Brocq, Perrin, Noquet, A. Fournier, etc., nous apportèrent de nouveaux faits qui démontrèrent que les troubles de l'oreille n'étaient pas rares dans la syphilis héréditaire.

En effet, d'après Hutchinson et Jackson, on verrait dix cas de surdité sur cent syphilitiques héréditaires. Ce chiffre ne nous paraît pas assez élevé; car d'après les recherches que nous avons faites, soit à l'hôpital Saint-Louis soit à l'hôpital des Enfants-Assistés, nous avons constaté que près du tiers de ces enfants était atteint de lésions de l'ouïe. Nous devons toutefois dire que si nous nous en tenions aux faits observés chez Parrot, nous devrions adopter la proportion d'Hutchinson. Il est difficile, en effet, de s'apercevoir que les nouveau-nés sont atteints de lésions de l'oreille ; pour constater une affection de la caisse, il faut examiner leur tympan, ce que l'on ne fait guère que quand on voit un écoulement purulent par le conduit, fait rare chez les enfants où la couche externe de la membrane étant très épaisse, empêche la rupture du tympan ; le pus s'écoule alors généralement par la trompe d'Eustache. De plus, les accidents syphilitiques se montrent encore fréquemment chez des enfants dont l'âge ne permet plus de les recevoir à cet hospice ou dont le traitement n'exige pas l'entrée à l'hôpital.

les observations de M. Parrot ont été faites à une époque où il n'y avait pas de consultations externe aux Enfants-Assistés et où les petits malades se recrutaient d'une façon spéciale.

Les accidents auriculaires semblent moins fréquents que les troubles de l'œil. Ces deux organes peuvent être attaqués simultanément ou consécutivement. Nous avons remarqué que les maladies de l'oreille étaient d'autant plus fréquentes que l'affection syphilitique se montrait à une époque plus rapprochée de la naissance.

S'il est assez commun de rencontrer les lésions de l'organe auditif liés à la syphilis héréditaire, dans les hôpitaux spéciaux, Saint-Louis, par exemple, où il n'en est plus de même lorsqu'on les recherche dans les cliniques des maladies de l'oreille. Toutefois, Hinton dit avoir remarqué qu'à Guy's Hospital, la syphilis héréditaire fournit plus du vingtième des maladies. Cet auteur s'est probablement trouvé dans des conditions avantageuses pour obtenir un aussi grand nombre de lésions vénériennes, car dans les diverses cliniques où nous les avons recherchées, tant à Paris, qu'à Londres ou qu'à Vienne, nous n'avons pas été assez heureux pour constater une proportion aussi élevée que celle donnée par Hinton, et MM. Gruber, Politzer, Urbantschitsch, Pritchard, Lennox-Browne, etc., n'ont pas remarqué non plus une telle quantité d'enfants syphilitiques par rapport au nombre total des malades qui les consultaient. Au reste, pour notre part, sur deux mille malades environ, auxquels nous avons donné nos soins, tant à notre policlinique qu'à notre consultation particulière, nous n'avons trouvé que 15 cas bien avérés de syphilis héréditaire. Nous laissons de côté deux observations qui ne nous paraissent pas remplir toutes les conditions voulues de certitude, quoique dans l'une d'elles, M. Besnier qui a vu la petite malade nous ait donné les renseignements suivants : dents atyphiques, dystrophiques, double lésion des oreilles, lésion kératique à gauche, coryza, dystrophie généralisée (développement tardif, incomplet, etc.), tous signes de probabilité de spécificité héréditaire. Tous ces caractères peuvent à la rigueur être rapportés au lymphatisme, mais le cachet de leur ensemble se rapproche plus de la syphilis

héréditaire. Au reste, la mère nous a avoué, depuis, que le père de l'enfant était probablement syphilitique.

Ainsi donc, nous n'avons qu'un syphilitique héréditaire par 130 malades environ. Il est vrai de dire que nous comptons parmi ces malades des personnes qui nous ont consulté pour des affections exclusivement limitées au nez ou au larynx, de sorte que notre moyenne serait plutôt de 1 0/0.

A quel moment se montrent les accidents de l'oreille ?

L'époque varie avec les différents auteurs : ainsi, du troisième au vingt-cinquième jour, d'après Huguier ; vers le huitième, d'après Doublet ; au quinzième, suivant Nisbett ; de la troisième à la cinquième semaine, au dire de Babington ; de la première semaine au septième mois, suivant Trousseau et Lasègue ; du premier au deuxième mois, d'après Gibert et Bouchut ; du quatrième au cinquième, suivant Mahon ; enfin, du premier mois à deux ans, si l'on s'en rapporte à l'opinion de Diday. C'est à ces différentes périodes que se manifestent les accidents cutanés de la syphilis héréditaire, par conséquent, aussi les manifestations qui se montrent du côté du pavillon de l'oreille ou de la caisse du tympan.

Les enfants peuvent cependant être atteints de syphilis héréditaire dès la vie intra-utérine, et très souvent alors ils sont expulsés morts dans le cours de la grossesse et peuvent présenter déjà non seulement des éruptions cutanées spécifiques, mais même des lésions de l'oreille moyenne et de l'oreille interne.

D'après l'avis de M. Porak, dans le service duquel nous avons pu recueillir un grand nombre d'observations, la plupart des accouchements prématurés auraient pour cause la syphilis, et l'hypertrophie du foie et de la rate du produit expulsé serait une certitude en faveur de la spécificité héréditaire.

Suivant Potton, l'avortement se produit seulement dans le 1/10 des cas de syphilis congénitale ; d'après Arneth, il a pour cause cette diathèse, une fois sur neuf ;

enfin, Whitehead pense que dans la plupart des cas le fœtus est syphilitique. Nous insistons sur ces faits parce que dans nombre d'accouchements prématurés, nous avons observé des lésions de l'oreille moyenne et du labyrinthe.

Les manifestations syphilitiques peuvent aussi se montrer plus tardivement que ne l'a pensé M. Diday. Il n'est pas rare aujourd'hui de voir des accidents syphilitiques se produire du côté des oreilles, chez les enfants de 3, 4, 5 ans et plus.

L'on a même donné le nom d'accidents héréditaires tardifs à ceux qui se montrent à un âge plus avancé. Les limites entre lesquelles varie le développement de ces lésions ne sont pas précises. Guerder croit que les manifestations tardives de l'oreille, se montrent vers l'âge de huit ans. Hinton donne comme limite dix à seize ans ; Pierce, dix à dix-huit ans ; Zeisl, quatorze ans ; Kipp, dix-sept à dix-huit ans ; Hutchinson, vingt et un ans ; enfin, Brocq cite le cas d'un malade qui ne fut atteint de troubles de l'ouïe qu'à l'âge de vingt-quatre ans.

Nous avons recueilli cinquante observations de syphilis héréditaire de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, et dans trente et un cas, nous avons pu en faire l'autopsie. Sur ces 31 autopsies, 14 provenaient de mort-nés, dont 12 nous ont été fournis par la maternité de Saint-Louis (service de M. Porak), et 2 par celle de l'hôpital Cochin (service M. Marchand). Des 17 autres autopsies pratiquées sur des enfants ayant vécu de quelques heures à quatre ans, 6 ont été faites dans le service de M. Porak ; 1 dans celui du professeur Fournier ; 3 dans celui de M. Marchand et 7 dans celui de M. Parrot.

Nos 20 derniers faits ont été recueillis au nombre de 5 dans le service de M. Parrot, et au nombre de 15 dans notre pratique. Ils portent sur des sujets où les accidents ont paru à l'âge de deux mois et demi ; un an, deux ans (trois cas); trois, quatre, cinq, six, sept (deux cas); huit

(deux cas); neuf, onze, quatorze, quinze, seize, dix-sept et dix-neuf ans.

Nous avons encore pu observer, dans les services de MM. Besnier et Fournier, un certain nombre de cas de troubles de l'ouïe, liés à la syphilis héréditaire ; nous les utiliserons dans l'étude qui va suivre.

Il est utile de se demander quelles sont les parties de l'oreille le plus souvent atteintes ? (Nous laissons de côté l'oreille externe).

L'affection est tantôt limitée à l'oreille moyenne, tantôt à l'oreille interne; d'autres fois les deux parties de l'organe sont prises simultanément ou consécutivement.

Sur les mort-nés, nous avons trouvé des lésions de la caisse six fois, des lésions du labyrinthe, deux fois; dans six cas, la caisse et le labyrinthe étaient atteints en même temps.

Des dix-sept enfants ayant vécu, quinze présentaient une affection de l'oreille moyenne, et deux des lésions de cette dernière et de l'oreille interne.

Les vingt dernières observations nous ont permis de constater une otite moyenne, quatorze fois ; une otite interne, trois fois ; dans trois autres cas, il existait des troubles de la caisse du tympan et du labyrinthe.

Nous devons ajouter, que dans toutes nos observations, les deux oreilles étaient affectées ; il est vrai de dire que quelquefois l'une était moins affectée que l'autre.

Syphilis héréditaire de l'oreille externe.

Les lésions produites par la syphilis héréditaire sur l'oreille externe, n'offrent qu'un intérêt secondaire, attendu que l'ouïe n'est généralement pas modifiée. Les accidents que l'on peut constater sur le pavillon, ne diffèrent guère de ceux que l'on retrouve sur la peau. En effet, ils présentent les caractères des syphilides cutanées, au point de vue de leur évolution et de leur modalité. C'est ainsi que le pavillon peut présenter en même temps

ou successivement, à peu d'intervalle, une série d'éruptions érythémateuses, bulleuses, papuleuses et même quelquefois, mais rarement, des tubercules et des ulcérations.

Syphilide bulleuse. — Cette syphilide, appelée improprement pemphigus syphilitique, existe souvent sur le corps, quelquefois sur l'oreille, au moment de la naissance, ou bien apparaît aussitôt après ; mais il est bien rare de la voir se montrer après le septième jour. Cependant, lorsqu'elle se développe sur une partie qui n'est pas son siège habituel, comme le pavillon, elle paraît plus tardive, et n'offre pas exactement le type habituel de la syphilide bulleuse. C'est ainsi qu'on l'a vue survenir en cet endroit, au milieu du deuxième mois et même à la fin de la dixième semaine (Parrot).

L'éruption est alors plus discrète ; les bulles sont plus rares, leur contenu est moins jaune et moins abondant. Le pavillon, présente une teinte générale violacée, plus ou moins foncée. En quelques points, se développent de petites plaques circulaires, de couleur vineuse, entourées d'un zone rouge vif, et à peine soulevées par une gouttelette de liquide qui donne au centre de la plaque une coloration grisâtre. Ces bulles sèchent, se concrètent en croûtes brunâtres, ou se rompent en laissant voir à leur place une excoriation.

Habituellement, quand la bulle a eu une apparition précoce, le pronostic est très grave ; la mort est la terminaison habituelle de cet état cachectique. Ainsi, Dreahna rapporte qu'un enfant né à terme, fut atteint de syphilide bulleuse au troisième jour de sa naissance. Le huitième jour, les bulles crevèrent et le chorion fut mis à nu. Le neuvième jour, on vit le sang sourdre du derme entre autres au niveau des bulles de l'oreille. Le treizième jour, l'enfant mourut par épuisement de ces hémorrhagies.

Au contraire, lorsqu'il en est autrement, comme cela arrive assez fréquemment dans la syphilide bulleuse tar-

dive, l'épiderme se reforme et se renouvelle par des des quamations successives jusqu'à ce qu'il ait acquis une solidité suffisante (Parrot).

Syphilide érythémateuse. — Elle peut apparaître sur le pavillon sous forme de taches isolées, roses ou brunâtres, qui souvent se confondent par leurs bords.

Syphilide en plaque. — Cette forme est la plus fréquente de toutes les syphilides. Elle se présente sous l'aspect d'une élevure aplatie, discoïde, déprimée à la partie centrale et recouverte d'une cuticule épidermique, qui se ramollit et devient blanchâtre, pour se desquamer ensuite en laissant sur la plaque ou à la base de celle-ci, une collerette blanchâtre et circulaire. Un de ses sièges habituels est dans le sillon auriculo-temporal, où elle forme une saillie, à bords peu nets, à surface grise, quelquefois un peu jaunâtre, humide et même suintante et exhalant une odeur d'une fétidité extrême. Ces plaques peuvent se superposer en laissant une d'entre elles prendre un plus grand développement. Elles disparaissent ordinairement sans laisser traces de leur existence. Mais il peut arriver que l'irritation de leur surface par le liquide, donne lieu à une ulcération qui s'étend en profondeur et en largeur en envahissant ainsi les parties voisines, et en détruisant les tissus du pavillon (Wreden).

Toutes ces manifestations cutanées peuvent se rencontrer en même temps ou isolément chez le même individu.

Il est encore une autre forme de syphilides qui pourrait se montrer sur le pavillon ; c'est la gomme dont on a signalé un certain nombre de cas sur les autres régions du corps, mais nous ne connaissons pas d'exemple de son développemeut sur l'organe que nous étudions ici.

Les artères sont quelquefois aussi le siège d'une altération qui se rencontre habituellement plus fréquemment dans la partie profonde de l'organe auditif. Comme la syphilis tertiaire, la syphilis héréditaire détermine quelquefois une altéro-sclérose qui occasionne une obstruction des artères du pavillon et même une rup-

ture des vaisseaux par traumatisme. Tel est le cas rapporté par M. Thorens, d'un enfant de 5 ans, dont le père avait eu un chancre deux ans avant la naissance de ce fils. Le frère de ce dernier, âgé de deux ans, était également atteint de cachexie syphilitique marquée. Le malade qui fait le sujet de l'observation présentait un crâne déformé, des dents étroites, mal implantées, un nez aplati et un coryza chronique. Le moindre traumatisme produisait une ecchymose. C'est ainsi qu'on vit son oreille devenir rouge et s'enflammer à la suite d'un léger effort qu'il avait fait pour passer la tête entre les barreaux de son lit de fer. Le lendemain, on constata une rougeur érysipélateuse de la face externe du pavillon. L'hélix et le sillon étaient normaux, mais la conque, l'anthélix et l'antitragus ne formaient qu'une masse fluctuancte, indolente, oblitérant le méat auditif. La face postérieure et le lobule étaient indemnes. Une ponction donna du sang mélangé à de la sérosité noirâtre et il resta une poche flasque, avec des fragments mollasses faciles à écraser.

Telles sont les affections que la syphilis héréditaire peut produire du côté de l'oreille externe. Les lésions que cette maladie détermine dans les autres parties de l'organe de l'ouïe sont beaucoup plus importante, car de leur siège, de leur étendue, de leur marche, dépend la fonction auditive : la perte de l'ouïe et la surdi-mutité peuvent en être la conséquence.

Syphilis héréditaire de l'oreille moyenne et de l'oreille interne.

Les affections de l'oreille moyenne et de l'oreille interne ont beaucoup de ressemblance avec celles de la syphilis acquise ; mais le caractère de ces accidents héréditaires est de coïncider avec des affections d'autres organes tels que les yeux, les dents, etc. On a même donné à la réunion des altérations de ces trois organes le nom de Triade d'Hutchinson, du nom de l'auteur qui

a si bien fait ressortir l'importace du groupement de ces trois sortes d'affections chez les enfants nés de parents syphilitiques.

Nous ne traiterons pas ici les accidents auriculaires consécutifs à des lésions de voisinage, tels que celles produites par les maladies du nez ou du pharynx ; nous nous sommes étendus assez longuement snr ce sujet, à propos de la syphilis acquise. Nous ne nous occuperons que des lésions survenues directement dans l'oreille profonde sous l'influence de la maladie héréditaire. Ce sont les altérations de ces parties constituant les appareils de transmission et de réception du son qui déterminent les troubles de l'audition.

Dans les observations publiées par un certain nombre d'auteurs qui se sont contentés de signaler simplement l'existence de la surdité dans la syphilis héréditaire, il est quelquefois difficile de se rendre compte si c'est l'oreille moyenne ou l'oreille interne qui est affectée. En effet, la plupart du temps, l'examen de l'oreille n'a pas été pratiqué, ce qui est fort regrettable au point de vue du pronostic et du traitement. C'est ainsi que dans la partie de son mémoire consacrée à la surdité, Hutchinson rapporte que sur les vingt-cinq malades chez lesquels il a noté une diminution de l'ouïe, six seulement ayant été soumis à l'examen objectif n'ont présenté aucune trace d'otorrhée, contrairement à la plupart de ses autres malades qui étaient signalés comme ayant un écoulement purulent des oreilles; en effet le 1/3 paraissait être atteint de cette affection; mais on ne doit pas attacher une grande importance à cette statistique, vu le manque d'examen objectif et fonctionnel de l'organe.

Malgré l'insuffisance de ses observations au point de vue de l'audition, Hutchinson pense que c'est l'oreille interne qui est altérée. D'autres auteurs, notamment Pierce et Kidd, sans être aussi affirmatifs, croient cependant que le plus souvent l'affection porte principalement sur le labyrinthe. Nous verrons plus loin qu'il n'en est

pas toujours ainsi et que souvent l'oreille moyenne est aussi altérée, soit isolement soit simultanément, avec la partie plus profonde de l'organe auditif.

Etiologie, — C'est surtout dans les classes pauvres de la société que se rencontrent les enfants sujets aux accidents syphilitiques héréditaires; mais il ne faut pas croire cependant que les riches n'y soient pas exposés. Pour notre part, nous en avons constaté plusieurs cas dans notre clientèle privée, mais nous devons ajouter que la majorité de nos observations proviennent de notre policlinique.

La femme paraît être plus fréquemment atteinte que l'homme puisque, d'après Hutchinson et Lancereaux, la proportion des femmes sourdes serait de trois sur quatre malades, et d'après Pierce de cinq sur six sourds par syphilis héréditaire. Sur dix malades, Dawidson n'a même trouvé qu'un seul homme affecté de troubles auditifs. En faisant le relevé de nos observations, nous avons constaté que le 1/3 de nos malades était fourni par les garçons. Il résulte donc que la jeune fille est plus sujette à ces altérations que le jeune homme.

L'otite interne apparaît ordinairement assez tardivement; c'est en général vers l'âge de dix à seize ans qu'on la voit se développer, tandis que l'otorrhée se montre à une époque beaucoup plus précoce, puisque nous l'avons même observée chez des nouveau-nés et des jeunes enfants. Il est vrai que nous avons pu constater aussi des lésions du labyrinthe chez des nouveau-nés.

Les troubles de l'ouïe se montrent ordinairement au moment de la puberté ou s'aggravent à l'établissement de la menstruation, s'ils sont antérieurs à cette époque, comme Hinton l'a signalé ; mais ce phénomène n'est pas particulier à la syphilis, car dans un autre travail nous avons fait ressortir que les altérations de l'ouïe étaient intimement liées aux troubles de l'utérus, de sorte que la menstruation, la grossesse et la ménopause influençaient l'audition d'une façon fâcheuse.

Anatomie pathologique. — Jusqu'à ce jour on a peu étudié les lésions anatomiques de l'oreille moyenne et de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire. Cependant, le Dr Violet a vu des gouttelettes de pus deux fois dans les oreilles moyenne et interne et une fois dans les cellules mastoïdiennes. Le Dr Charpy, qui examina ces pièces pathologiques, constata qu'il n'y avait pas d'altération de l'oreille ni osseuse, ni autre. Voulant donner une interprétation de ce phénomène, le Dr Violet pensa que le pus provenait, selon toute probabilité, des parties postérieures de la membrane de Schneider et qu'il avait émigré peu à peu par la trompe d'Eustache jusque dans la profondeur de l'oreille. Mais la théorie de M. Violet n'explique pas la présence du pus dans l'oreille interne et dans les cellules mastoïdiennes. D'un autre côté, Hinton a signalé une congestion du vestibule et des lésions de la caisse du tympan qui était remplie d'une lymphe rigide et dure et qui présentait des adhérences au-dessus de chaque membrane. D'autre part, nous avons entrepris une série de recherches que nous allons exposer ; mais avant d'en faire connaître le résultat, il serait peut-être bon de démontrer qu'au moment de la naissance la caisse du tympan est vide et présente une intégrité parfaite de la muqueuse, que l'enfant ait ou non respiré. Mais ce n'est pas ici le lieu de traiter une pareille question qui nous entraînerait trop loin; qu'il nous suffise de dire qu'avec quelques auteurs, notamment avec MM. Baréty et Renaut, nous admettons que la caisse normale est vide, que le tympan de couleur gris-perle est plus épais, à cause de sa couche externe, que les osselets ont acquis leur complet développement et que l'apophyse mastoïde et les cellules mastoïdiennes n'existent pas chez le nouveau-né; elles sont remplacées par une grande cellule appelée diverticulum præmastoïdien. Nous exposerons ailleurs les conclusions auxquelles nous sommes arrivé par l'étude de l'oreille de fœtus, de cobayes et de lapins, d'une part, et d'autre part, par les autopsies que nous avons pratiquées tant sur les mort-

nés dans l'utérus que sur les enfants qui avaient respiré ou qui avaient subi l'opération de la céphalotomie. Nous espérons montrer que le magma gélatineux ou mucopurulent que l'on retrouve dans la caisse est l'effet d'un état pathologique dû à diverses causes, la syphilis principalement.

En effet, il n'est pas rare de rencontrer des altérations de la caisse chez les nouveau-nés syphilitiques et quelquefois même chez les fœtus de six et sept mois. Dans quelques cas, les altérations de l'oreille sont peu marquées ; on ne trouve qu'un peu de sérosité humectant les parois de la caisse et leur donnant un aspect luisant. Ordinairement il existe une plus grande abondance de liquide qui s'accumule dans les parties déclives de l'oreille moyenne; quelques filaments purulents sont généralement mélangés à la sérosité. La muqueuse est tuméfiée, friable ; elle forme une masse d'un gris rougeâtre remplissant la partie postérieure de la caisse, en arrière des osselets; dans certains cas, cette masse enveloppe même les têtes du marteau et de l'enclume, ainsi que l'étrier. Au niveau du promontoire et de la pyramide, on constate de l'hypérémie assez accusée et parfois aussi de petites hémorrhagies. Quant au tympan, il n'offre aucune lésion, si ce n'est parfois une injection vasculaire qui fait bien ressortir la couche interne des artères.

Lorsque l'inflammation est plus prononcée, les altérations de l'oreille moyenne sont plus nettes. La muqueuse est friable. la caisse contient une bouillie gélatineuse, jaunâtre ou violacée, dans laquelle se perdent les osselets. Cette masse n'adhère pas aux parois osseuses.

Il n'est pas rare de rencontrer un degré plus avancé d'inflammation : un pus jaunâtre plus ou moins épais remplit la cavité de l'oreille moyenne. Le tympan est ramolli, épaissi, injecté de même perforé, comme nous l'avons observé chez un enfant de quatre mois : toute la partie inférieure de la membrane était détruite et le manche du marteau semblait disséqué dans son 1/3 inférieur.

Ces altérations se développent aussi dans le diverticulum præmastoïdien qui renferme soit une masse gélatineuse violacée ou un liquide muco-purulent. La trompe injectée dans toute son étendue contient parfois du pus.

Quelquefois on voit survenir les lésions plus graves. L'oreille moyenne peut être le siège d'une suppuration généralisée avec destruction des osselets, d'une ostéopériostite de ses parois et des parties avoisinantes, d'où abcès mastoïdien et nécrose du labyrinthe, comme nous en avons observé un cas chez un enfant de quelques mois.

Si ces divers degrés de l'inflammation peuvent être généralement observés chez des fœtus, des nouveau-nés ou des jeunes enfants, et même des adolescents, il est encore donné de constater quelquefois d'autres lésions qui permettent de dire qu'un processus actuellement disparu les a déterminées à une époque antérieure. C'est ainsi que nous avons traversé à différentes reprises des brides s'étendant de la paroi interne de la caisse du tympan à l'extrémité inférieure du manche du marteau, de l'enclume à l'étrier, de la pyramide à la fenêtre ronde, ou de celle-ci à l'osselet fermant l'entrée de la fenêtre ovale. Dans un cas même où nous avons constaté la persistance de la membrane qui relie les branches de l'étrier, de nombreuses brides partaient de cette membrane et allaient au promontoire, à l'enclume, à la pyramide et à la paroi interne, ce qui immobilisait complètement l'osselet.

Une autre fois, nous avons vu le tympan adhérer à la paroi labyrinthique de la caisse par des brides assez rigides pour empêcher tout mouvement.

Telles sont les lésions que nous avons rencontrées dans l'oreille moyenne. Celles de l'oreille interne ne sont pas moins importantes. Généralement le labyrinthe est hypérémié dans toutes ses parties, mais c'est le limaçon qui est surtout altéré. Nous avons constaté à différentes reprises, des altérations plus considérables.

Ainsi chez un fœtus de sept mois, dont nous avons montré les pièces au Dr Balzer, alors chef du laboratoire de M. le professeur Fournier, le labyrinthe droit offrait une congestion assez marquée avec points hémorrhagiques sur la lame membraneuse des contours. Chez un deuxième fœtus de même âge, nous avons fait constater au Dr Merklen, remplaçant à ce moment M. le Dr Besnier, un caillot sanguin qui remplissait la rampe tympanique et le canal de Corti dans toute l'étendue du premier tour du limaçon gauche. Enfin, dans un dernier cas, chez un enfant de neuf mois, l'oreille interne droite présentait une hémorrhagie occupant le canal de Corti dans son dernier tour. Ce canal était rendu très visible et l'on pouvait apercevoir facilement sur une coupe transversale, les trois canaux du limaçon dont le médian avait la forme d'un cylindre arrondi faisant saillie dans la rampe vestibulaire. Une seule fois nous avons vu des gouttelettes de pus dans le vestibule, sans destruction ni perforation des fenêtres de l'oreille moyenne. Dans ce cas, du reste, l'oreille moyenne était saine. Nous n'avons jamais trouvé d'altérations du nerf auditif.

Telles sont les diverses lésions que nous avons constatées tant dans l'oreille moyenne que dans l'oreille interne, sous l'influence de la syphilis héréditaire. Les altérations de l'oreille s'accompagnaient toujours de manifestations syphilitiques du côté des poumons, du foie, des os, etc. Toutes les autopsies que nous avons faites, provenaient d'enfants nés de parents syphilitiques, comme nous avons pu nous en assurer soit par nous-même, soit en nous appuyant sur les résultats de l'enquête faite par les chefs de service des hôpitaux où nous avons recueilli les pièces anatomiques.

Il est regrettable que nous n'ayons pu nous procurer d'autopsie d'enfants âgés de plus de quatre ans, car il nous resterait à vérifier sur l'oreille des adolescents, les résultats que nous avons obtenus sur celles des nouveau-nés, et nous aurions pu peut-être ainsi suivre le dévelop-

pement des altérations de l'oreille interne consécutives aux lésions de la caisse du tympan.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des maladies de l'oreille, par le Dr W. Kirchner, docent de l'otologie à l'université de Würzbourg.

Dans ce traité de 200 pages, Kirchner présente au médecin praticien et à l'étudiant, sous une forme succincte et agréable à lire, un extrait des connaisances acquises et des derniers progrès réalisés dans le domaine de l'otologie et de la rhinologie.

Ce petit ouvrage a un certain cachet d'originalité, qui attire le lecteur, aussi je n'y trouve rien à redire et je me contenterai d'en reproduire simplement la composition, à larges traits.

Dans l'introduction, l'auteur s'occupe de la division et subdivision de l'organe de l'ouïe en différentes parties, telle est la base de l'ouvrage.

Le premier chapitre enseigne la manière et les moyens d'examiner une oreille. Inutile d'ajouter que la rhinoscopie y tient sa place.

Les instruments recommandés sont d'excellent choix et pratiques.

Le second chapitre traite de l'oreille externe, du pavillon et du méat auditif. Le troisième est voué au tympan. Après un aperçu anatomique, les affections du tympan sont classées sous deux formes : myringite aiguë et myringite chronique. L'explication et l'indication du tympan artificiel, puis un exposé des ruptures traumatiques de cette membrane viennent ensuite.

Le quatrième chapitre, sur la trompe d'Eustache, touche en grande partie la rhinologie, surtout comme thérapeutique, et nous montre que l'auteur possède parfaitement son sujet. Je voudrais seulement lui conseiller de ne pas recommander

les injections nasales à l'acide phénique, à cause du résultat fâcheux relativement à l'odorat.

Avec le cinquième chapitre commence la partie principale de l'ouvrage, celle qui traite de la caisse du tympan. L'auteur explique d'abord brièvement l'anatomie et la physiologie de cette cavité et de l'apophyse mastoïde, pour rappeler au lecteur les notions indispensables de cette portion compliquée de l'oreille et pour préparer le terrain à l'étude des processus pathologiques, qui constituent le plus grand nombre de toutes les affections de cet organe. Il range celles-ci en quatre groupes :

1) *Otite moyenne catarrhale aiguë*, ou *catarrhe aigu de la cavité tympanique*.

2) *Otite moyenne chronique*, ou *catarrhe de la cavité tympanique*.

3) *Otite moyenne purulente aiguë*, ou *inflammation suppurative de la cavité tympanique*.

4) *Otite moyenne purulente chronique*, ou *inflammation suppurative chronique de la cavité tympanique*.

Au cours de la description de ces 4 types d'affection, il explique les différentes opérations qu'on pratique sur le tympan, dans la caisse tympanique et sur l'apophyse mastoïde. Après cela il fait mention d'une façon plus ou moins détaillée des polypes de l'oreille, du cholestéatome, des tumeurs malignes, des hémorragies et des fractures du crâne, et pour finir il cite encore l'otite intermittente, l'otalgie tympanique, les tropho-névroses et les psychoses, l'hyperesthésie et l'anesthésie de la muqueuse tympanique

La sixième, partie intitulée *le labyrinthe*, contient une courte description de l'anatomie et des fonctions physiologiques de l'organe nerveux de l'ouïe, correspondant à l'état actuel de nos connaissances. Il est évident que l'auteur observe, dans l'interprétation des différents processus pathologiques, une certaine réserve due à l'incertitude de nos connaissances à ce sujet. Il décrit les affections du labyrinthe, les causes, la marche et les méthodes d'examen. Il en étudie l'anémie, l'hypérémie, l'inflammation aiguë et chronique, la

commotion du labyrinthe, la maladie de Ménière et autres états pathologiques de l'organe et du centre nerveux.

Le septième chapitre est réservé à la surdi-mutité, à la simulation et aux appareils acoustiques.

Souhaitons le meilleur succès à ce volume, il le mérite. (Biaunswick chez Tr. Wuden, édit., 1885.)

L. Bayer.

La lèpre du larynx (*La lepra del laringe*), par le Dr O. Masini.

Il est peu d'affections qui aient une histoire aussi ancienne que celle de la lèpre, mais l'étiologie et la pathogenèse de cette affection ont été longtemps inconnues et c'est à Hansen Harmauer que revient le mérite d'avoir le premier résolu la question et décrit, d'une façon minutieuse, le bacille de la lèpre. Les recherches de Virchow, Damelsen et Boeck, Hebra et Kaposi (etc.) ont achevé de jeter la lumière sur la question. S'il existe une lacune c'est au sujet de la morphologie clinique et anatomo-pathologique de la lèpre sur les muqueuses et en particulier sur la muqueuse laryngée.

Un assez grand nombre de cas de lèpre du larynx ont été observés par Wolff, Gibb, Schrötter, Elsberg et Rice, Mackenzie, de la Sota y Lastra, Rinsema, Neisser, Moure et Massei. L'étude de ces diverses observations permet d'établir la nature des lésions de la lèpre du larynx. Avant d'aborder cette étude, l'auteur rapporte quatre observations de lèpre dont nous allons donner une analyse succincte.

Obs. I. — Frioni Stéfano 34, Ligurien entre en mai 1883 à la clinique dermo-pathique de M. le prof. Campana. Le malade n'est pas alcoolique. Pas d'antécédents morbides ni héréditaires. L'affection qu'il présente paraît être antérieure de 8 mois à son entrée à la clinique. On trouve en différents points du corps des nodules et un épaississement de la peau. Les nodules ont une forme légèrement convexe, quelques-uns sont ulcérés au centre. D'autres présentent à la portion centrale une cicatrice brune, entourée de petites squames. Les ganglions de l'aine sont augmentés de volume. La muqueuse

buccale, un peu plus pâle qu'à l'état normal, est uniformément épaissie. La langue, légèrement augmentée de volume, est sèche, rugueuse, ses papilles sont hypertrophiées. Le voile du palais et les piliers antérieurs présentent une rougeur marquée, produite par de nombreux vaisseaux ectasiés. La luette est hypertrophiée. Les amygdales ne présentent rien de particulier. La paroi pharyngienne est lisse, elle a un aspect vernissé. L'épiglotte est très pâle, uniformément épaissie et permet de voir facilement le vestibule laryngé et la glotte. Les replis ary-épiglottiques et les aryténoïdes sont surtout épaissis. La sensibilité du larynx est diminuée. La voix n'est que légèrement atteinte. En somme, dans cette observation, nous trouvons les lésions du début de la lèpre du larynx.

Obs. II. — Girolamo Martino, âgé de 27 ans, marin, sans antécédents morbides, est d'un pays où la lèpre est endémique. On constate sur la peau, en différents points, une éruption maculo-tuberculeuse séparée par des intervalles de peau saine. La sensibilité cutanée est conservée partout où la peau est saine, elle est diminuée aux points malades.

On observe dans la cavité buccale une altération superficielle qui occupe la portion médiane du voile du palais, la luette et une partie des piliers antérieurs, cette altération est recouverte d'un exsudat blanchâtre adhérent, pointillé çà et là par de petits foyers hémorrhagiques.

Au larynx les ligaments glosso-épiglottiques sont augmentés de volume, le volume de l'épiglotte est double de ce qu'il est à l'état normal. Les ligaments ary-épiglottiques et les éminences aryténoïdes sont également augmentées de volume. On constate en outre un épaississement des cordes vocales supérieures et inférieures, qui a son maximum en haut et va en diminuant dans le ventricule et sur les cordes vocales inférieures où il consiste en un léger épaississement de la muqueuse. Les vraies cordes vocales ont une coloration rosée, leurs bords sont arrondis et au moment de la phonation il n'existe pas entre elles un parallélisme complet, de sorte que sur la partie moyenne il existe un orifice légèrement elliptique, ce qui contribue, avec les lésions des tissus, à produire la

dysphonie. Il n'existe nulle part des nodules et dans ce cas ainsi que dans ceux qui suivent on observe nettement des varicosités capillaires. La sensibilité des parties est diminuée, au point qu'on peut, à plusieurs reprises, exiter les deux faces de l'épiglotte sans produire de violents phénomènes réflexes.

Obs. III. — Il s'agit d'un homme de 43 ans sans antécédents morbides ni héréditaires. Présente des nodules en divers points sur la peau qui a perdu son élasticité. Des lésions analogues existent dans les fosses nasales et aux oreilles. Il existe une augmentation de volume de toutes les parties du larynx surtout de l'épiglotte. Le larynx a l'aspect d'un prépuce très œdématié. La muqueuse est pâle, anémiée. Il existe cependant des arborescences capillaires. L'orifice glottique elliptique est diminué, les muscles fonctionnent mal. La voix est très voilée, basse, sans timbre, pas de gêne de la déglutition.

Obs. IV. — Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans, Benedetto Aloigi. Son père est mort depuis trois ans d'un éléphantiasis Græcorum. Sa mère et en bonne santé; il a trois sœurs et deux frères qui se portent bien. Malade depuis son enfance, sa maladie a, depuis quelques temps, fait de très grands progrès. On constate sur la peau les lésions de la lèpre. Modification de la coloration, épaississement diffus et circonscrit (tubercules); ulcérations et érosions. La muqueuse du nez est très épaisse, on constate sur le bord libre de la narine droite une ulcération du volume d'une grosse lentille à bords irréguliers, à fond recouvert d'une matière séro-purulente en très petite quantité. Il existe dans les fosses nasales un exsudat séro-purulent ayant formé des croutes fines. La muqueuse buccale est dure, pâle. La luette a disparu. Les piliers postérieurs présentent des nodosités recouvertes d'une muqueuse plus pâle qu'à l'état normal. La langue est énorme et présente de gros tubercules. Les papilles sont considérablement hypertrophiées. L'examen du larynx est impossible en raison de l'état du malade qui mourut peu de jours après. L'auteur put simplement constater une augmentation de volume très considérable de l'épiglotte.

Des observations qui précèdent on peut conclure que la lèpre du larynx est toujours secondaire. Un des premiers symptômes qu'éprouve le malade est un certain degré de sécheresse, qui détermine des accès de toux, une fatigue pour la parole, et la diminution de la clarté de la voix, qui, par intermittence, devient faible pour reprendre après un certain temps de repos son timbre presque normal. Ce sont là les symptômes du début. Avec le progrès du mal la voix s'affaiblit de plus en plus et le malade devient tôt ou tard aphone. Les observations qui précèdent donnent une idée des symptômes objectifs; nous ne les reproduirons pas ici. Nous pouvons dire cependant que l'on peut considérer trois périodes dans le développement de la lèpre.

Période érythémateuse. Caractérisée par une rougeur irrégulière et des taches de la muqueuse, la rougeur a la forme d'un coup de pinceau ; ectasie des capillaires; la muqueuse a perdu son brillant, elle paraît vernie, la voix est légèrement altérée.

Période d'infiltration. Gonflement uniforme de la muqueuse surtout prononcé sur l'épiglotte, coloration pâle; à une période avancée l'épaississement tend à donner à l'organe l'aspect d'un prépuce œdématié phymosique. On peut alors observer tous les symptômes du laryngo-sténose. A cette période la voix perd son timbre normal, elle devient rauque. Déglutition normale.

Période ulcéro-nécrosique. Il existe des ulcérations plus ou moins étendues, les bords n'en sont pas nets, le fond suppure peu. Elles siègent surtout sur l'épiglotte, les ligaments aryépiglottiques, les aryténoïdes, rarement sur les parties sous-jacentes. En se développant le processus destructif peut amener la nécrose et l'élimination d'une partie des cartilages.

L'auteur termine ce très remarquable et fort important travail par l'étude du diagnostic différentiel, de l'anatomie pathologique (d'après l'obs. IV) et par quelques considérations sur le traitement (Extrait du journal, *La Salute, Italia Medica,* Thèse Italienne, 1885).

Dr J. Charazac.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Recherches sur les sensations du goût, les mouvements des mâchoires, la déglutition et le langage articulé, après l'extirpation totale de la langue (*Untersuchungen über die Geschmacksempfindungen die Kau und Sehling bewegungen und das Sprachvermogen eines Zungenlosen nach totaler Extirpation des Organes*), par le Dr THIERY.

Ce travail comprend trois parties : la première traite des sensations de goût du sujet privé de langue. Lorsque l'on eut désinfecté convenablement la cavité buccale, on fit un examen sans exercer de pression, après lui avoir au préalable fermé les yeux et le nez; le malade laissait assez longtemps le bouche ouverte. Ces essais faits sur les lèvres, les gencives, la muqueuse des joues et la voûte palatine, donnèrent un résultat négatif, tandis que le voile du palais et ses piliers étaient susceptibles de percevoir le goût des substances que l'on y déposait (action du glosso-pharyngien).

La deuxième partie concerne la déglutition et les mouvements de la mâchoire. Ces derniers n'étaient nullement modifiés, mais au moment d'avaler, le malade penchait constamment la tête du côté où l'épiglotte était le plus inclinée. La cause de ce phénomène était évidemment le défaut d'adaption du couvercle laryngien par la base de la langue. Aussi le malade faisait-il passer les aliments dans les gouttières latérales de l'épiglotte, et de là dans l'œsophage.

La troisième partie est consacrée à la description des troubles du langage avant et après l'opération, description difficile à résumer, qu'il est préférable de lire dans le travail original (*Arch. f. klin. Chir.* Bd 33, Heft 2 et 3, 1885, et *Centralblatt f. Laryng.*, etc., n° 8, février 1886).

Tuberculose du pharynx (*Tuberculosis of the pharynx*), par le Dr VAN SANTVOORD.

A la Société d'anatomie pathologique de New-York, le Dr Santvoord présente un spécimen de tuberculose du pha-

rynx, survenu chez un jeune enfant de deux ans. Il mourut quelque temps après son admission à l'hôpital. Il existait sur la paroi pharyngienne, la luette et la muqueuse des fosses nasales de petites ulcérations lenticulaires. Le larynx, le poumon et les intestins présentaient également des signes de tuberculose (*Philad. Med. Times*, 12 décembre 1885).

Dr J. Ch.

Tubercules de l'amygdale (*Tubercle of the tonsils*), par le Dr Abraham.

A l'Académie de médecine d'Irlande, le Dr Abraham présente une amygdale très volumineuse enlevée par le Dr Smyly chez une femme présentant des traces de scrofule et du gonflement ganglionnaire, mais aucun signe d'affection du poumon de la gorge ni du larynx. L'examen histologique démontre qu'elle était infiltrée de tubercules. Ce cas est intéressant en raison de la rareté de la tuberculose des amygdales. L'autre amygdale était semblablement affectée. (*The Dublin Med. Journ.*, octobre 1885.) Dr J. C.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Considérations sur la classification des névroses fonctionnelles de la gorge et du nez (*A consideration of the classification of functional neuroses of the throat and nose*), par le Dr H. Clinton Mc Sherry.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence de névrose de la gorge, de l'œsophage et du nez, on est porté, en l'absence de toute autre cause apparente, surtout chez la femme, à incriminer l'hystérie. Que cette cause soit fréquente, cela ne fait pas de doute, mais elle n'est pas la seule. L'auteur croit pouvoir considérer trois classes différentes de névroses : 1° hystérique, 2° neurasthénique, 3° névrose par irritation réflexe. Dans cette dernière les troubles nerveux sont dus à une affection d'un organe plus ou moins éloigné du siège des troubles fonctionnels que l'on constate.

Il cite plusieurs exemples de névrose hystérique, entre autres celui d'une femme qui, pendant plus d'un an fut incapable, malgré tous les traitements, d'émettre un son, et

cependant, quand on disait à la malade de prononcer ah, les cordes vocales se rapprochaient parfaitement. D'une seconde qui était incapable de respirer par le nez, les fosses nasales étaient cependant parfaitement libres, on pouvait introduire par le nez jusque dans le pharynx une sonde munie à son extrémité d'un tampon d'ouate enduit d'un corps gras, elle pouvait faire une inspiration profonde par le nez ; mais non pas une expiration. Le voile du palais n'était pas paralysé. A ces exemples on peut en ajouter d'autres de paralysie des cordes vocales. On constate chez ces différents malades les symptômes ordinaires et carastéristiques de l'hystérie.

La seconde classe neurasthénique diffère de la première par ce fait que les troubles observés sont associés à une dépression des forces physiques et intellectuelles du malade. La muqueuse des voies respiratoires supérieures est souvent anémiée, relâchée. La maladie est graduellement progressive, ces symptômes sont constants et non intermittents comme dans l'hystérie ; on voit plus souvent se produire de laparésie, de l'akinésie et de l'anesthésie que de l'hyperkinésie et de l'hypéresthésie.

Hammond dit que Chairon, dans ses *Études cliniques sur l'hystérie*, a démontré que dans tous les cas d'hystérie l'excitabilité réflexe du larynx est abolie et qu'il a vérifié, lui Hammond, les résultats des recherches de Chairon. Tel n'est pas l'avis de l'auteur qui, dans l'hystérie, a vu une hypéresthésie marquée du larynx, tandis que dans presque tous sinon dans tous les cas de névrose neurasthénique il a constaté une diminution de la sensibilité de la gorge.

La troisième classe de cas d'origine irritative réflexe est sous la dépendance de lésions d'organe plus ou moins éloignés de la gorge. La maladie de la gorge dépend d'une excitation ou d'une affection du système nerveux cérébro-spinal ou sympathique. Les symptômes que présentent ordinairement les malades sont la toux, le spasme ou la paralysie. Le médecin doit s'attacher à rechercher la cause pour pouvoir la combattre d'une manière efficace (*The American Journ. of the med. Sciences*, octobre 1885). Dr J. Charazac.

Délire et folie transitoires après les opérations pratiquées dans les fosses nasales (*Delirium und vorübergehendes Irresein nach Operationen in der Nase*), par le Dr Ziem.

L'auteur cite trois cas dans lesquels, à la suite d'opérations légères faites dans le nez, survint de la folie momentanée. Deux de ces malades étaient alcooliques, le troisième fut atteint de trouble mental après ouverture du sinus maxillaire et injection de liquide dans cette cavité. L'auteur constate aussi quelques troubles de la vue survenus à la suite de cautérisations galvaniques faites sur la muqueuse des cornets. Il croit que ces lésions sont le résultat d'une congestion momentanée des méninges. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 9, 1885.)

Du Collapsus des narines au moment de l'inspiration (*Ueber inspiratorisches Zusammen klappen der Nasenflügel*), par le Dr Ziem, de Danzig.

Il s'agit d'une femme de soixante-douze ans, dont le docteur Ziem cautérisa, avec le galvano-cautère, le cornet inférieur gauche légèrement hypertrophié dans sa partie antérieure et postérieure. Huit jours après, le point cautérisé était guéri, mais la malade se plaignait qu'à chaque inspiration profonde, la narine gauche s'accolât à la cloison, de sorte qu'elle ne pouvait aspirer l'air que par la narine opposée. Ziem croit que par suite de la destruction des parties tuméfiées du cornet inférieur la narine, sa résistance à cause de l'atrophie sénile de son fibro-cartilage est devenue tellement mobile, que l'aspiration suffisait pour la faire accoler à la cloison. Il n'existait aucune parésie du facial.

L'auteur rappelle un cas analogue observé par C. Michel. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 46, 12 nov. 1885.)

LARYNX ET TRACHÉE.

Corps étranger siégeant à la bifurcation de la trachée, par le Dr Paul Koch, de Luxembourg.

Il s'agit d'une femme de 49 ans qui, en mangeant du macaroni, éprouve tout à coup la sensation d'un corps

étranger à la gorge. Pendant les 15 jours qui suivent elle fut peu incommodée mais alors la dyspnée s'accentua, il survint du cornage, pas de dysphagie.

A l'examen laryngoscopique l'auteur vit un corps gris foncé, remplissant les 2/3 de l'espace visible entre les deux cordes. La sonde prouva qu'il était immobile et provoqua un accès de suffocation. La malade ayant été trachéotomisée un peu plus tard, le corps étranger fut rejeté pendant un effort de toux ; c'était un os poreux, pesant 60 grammes et ayant séjourné 30 jours dans la trachée, au niveau de la bifurcation.

L'auteur fait observer en terminant que l'examen laryngoscopique avait induit en erreur sur la hauteur à laquelle siègeait le corps du délit, et contrairement à Krishaber il pense que la trachéotomie doit être faite même si l'objet introduit dans les voies aériennes est pointu et immobile. (*Buttet. de la Soc. des Sc. méd.*, Luxembourg 1885.)

Laryngite récurrente et obstruction des fosses nasales, ou catarrhe ordinaire (*Recurrent laryngitis and obstruction of the nares, or ordinary catarrh*), par le Dr Fletcher Ingals.

Cette affection est caractérisée par une irritation du larynx survenant fréquemment et par accès accompagnés de toux et d'aphonie plus ou moins complète ; des intervalles plus ou moins longs de parfaite santé séparent chaque accès. Cette affection est ordinairement associée à la laryngite chronique et, dans la grande majorité des cas, à une obstruction plus ou moins prononcée des fosses nasales. A l'examen du larynx on constate une légère congestion de l'épiglotte et des aryténoïdes; la congestion est parfois limitée aux bords libres des cordes vocales, à l'extrémité antérieure ou à leur extrémité postérieure; elle s'étend quelquefois uniformément sur toute leur étendue ; d'autres fois on peut apercevoir seulement de petites taches et des vaisseaux augmentés de volume.

L'examen du pharynx et de la cavité nasale révèle un état de relâchement de la muqueuse, et souvent du gonflement de cette même muqueuse. Les changements de climats et la syphilis prédisposent à cette affection; l'usage de l'alcool, du

tabac, en favorisent le développement et font persister la maladie lorsqu'elle est une fois établie. Les symptômes subjectifs sont ceux de la laryngite chronique ordinaire. Le traitement de l'obstruction nasale et de la pharyngite est très important. En terminant, l'auteur formule les conclusions suivantes : 1) La laryngite récurrente est d'ordinaire sous la dépendance d'une obstruction des fosses nasales ; 2) Le plus souvent l'obstruction est le résultat d'une déviation et d'un gonflement de la cloison ou d'une rhinite hypertrophiqne ; 3) Pour obtenir une guérison complète on doit faire disparaître la cause de l'obstruction ; 4) Les moyens chirurgicaux employés pour combattre l'obstruction peuvent être pratiqués sans douleur grâce à la cocaïne ; 5) Ce mode de traitement convenablement employé peut amener la guérison du catarrhe et de la laryngite qui en était la conséquence ; 6) Une amélioration considérable de l'état général résulte souvent de la disparition de l'obstruction des fosses uasales ; 7) Dans les accès de coryza aigu ou les exacerbations du catarrhe hypertrophique on détermine un soulagement immédiat par les insufflations de petites quantités de cocaïne *(Journ. of the American Med. Assoc.*, 5 décembre 1885). Dr J. C.

Deux cas d'œdème unilatéral du larynx consécutif à un traumatisme (*Two cases of unilateral œdema of the larynx due to traumatism (bone swalling)*, par le Dr Solis-Cohen.

Ces deux cas d'œdème unilatéral ont été observés par l'auteur à 6 mois d'intervalle, le premier chez un nègre de 17 ans qui avait avalé une arête de poisson : il existait un œdème considérable de l'épiglotte, de l'éminence arytenoïdienne et du repli ary-épiglottique gauche.

Le second chez une femme de 42 ans ; elle avait avalé un os, l'œdème existait sur le côté droit de l'épiglotte.

J'ai déjà rapporté dans ma thèse la première de ces observations que M. le Dr Solis-Cohen avait bien voulu me communiquer dans une lettre particulière. Ainsi qu'il le fait observer, selon toute probabilité, l'œdème est dû, dans ces deux cas, à une blessure de l'épiglotte par un processus analogue à celui

produit expérimentalement sur des chiens par Bichat. (*Med. News*, 19 décembre 1885.) Dr J. C.

Sur les divers traitements de la tuberculose du larynx. (*On various Treatments of tuberculosis of the larynx*), par le Dr Wyss.

On a préconisé l'emploi de l'acide lactique en applications locales dans la tuberculose laryngée. Rosemberg lui préfère une solution de 20 0/0 d'huile de menthol. Lublinski a observé la cicatrisation d'ulcères tuberculeux, sous l'influence d'applications d'agents divers : tannin, acide borique, galvano-cautère.

L'acide lactique soluble en toute proportion dans l'eau, s'applique facilement à l'aide du pinceau. Wyss emploie une mixture de 50 0/0 d'acide lactique, de glycérine et d'eau. On peut atténuer les douleurs par l'emploi de la cocaïne. (*The London Med. Record*, 15 décembre 1885.) Dr J. Ch.

Contracture de la corde vocale droite. Trachéotomie. Mort. Autopsie. Adénopathie trachéale supérieure. Larynx sain. Cancer encéphaloïde du poumon méconnu, par le Dr Chatellier.

Mme X..., atteinte d'épanchement pleurétique de nature sanguine, est prise le 6 mai d'étouffement et d'aphonie subits. L'examen laryngoscopique révèle une contracture de la corde droite en adduction, elle empiète sur le côté opposé ; pendant la phonation la corde gauche décrit une courbe à concavité interne laissant un espace assez large, dit l'auteur, entre les deux rubans vocaux. Muqueuse saine, trachée normale le soir, accès de suffocation, trachéotomie; la malade meurt le lendemain à 11 heures.

A l'autopsie, en dehors des lésions thoraciques de la pleurésie, on trouve le poumon droit envahi à son lobe supérieur par une masse encéphaloïde, et une chaîne glanglionnaire occupait le bord latéral droit de la trachée ; les vaisseaux et le récurrent sont englobés dans cette masse. Le larynx est sain, les cordes dans la position cadavérique.

L'auteur termine en disant que c'est là un fait de sténose laryngée causée par la compression ganglionnaire et que

l'aspect du larynx rappelait assez bien la symptomatologie de la paralysie « des dilatateurs ».

Nous nous permettrons une seule réflexion : l'auteur insistant sur les contractions de la corde droite, dit que cette dernière dépassait la ligne médiane, tandis que la corde opposée s'écartait très bien de sa congénère, mais formait, au moment de la phonation, une concavité interne, c'est-à-dire que les muscles adducteurs étaient parésiés de ce côté; or il n'y avait pas là, ce nous semble, de quoi expliquer les accès de suffocation ayant nécessité la trachéotomie. En résumé y aurait eu, chez cette malade, contracture de la corde droite et parésie de la gauche *(Ann. des mal. de l'or. etc.*, juill. 1885).

Des paralysies laryngées d'origine centrale,
par le Dr A. Cartaz.

Après avoir fait observer que les auteurs s'occupant de maladies du larynx n'ont accordé qu'une bien petite place aux paralysies d'origine centrale, M. Cartaz pense que les troubles laryngés dans les affections cérébro-spinales sont plus fréquents qu'on ne le suppose, surtout si l'on embrasse l'ensemble de ceux qui dépendent de lésions de la moelle allongée de la région bulbaire. Les troubles d'origine centrale sont, au contraire, très rares et l'on n'en connaissait pas d'observation avant celle de Delavan. L'auteur laisse cependant de côté les accidents laryngés observés dans l'ataxie, renvoyant aux travaux de MM. Charcot, Féréol, Fournier, Cherchewsky, Munschina, aux observations de Krishaber, Mackensie, Semon, Beverley-Robinson, etc., de même il ne parle pas des paralysies hystériques.

Viennent ensuite quatre observations de malades observés à la clinique de M. Charcot.

Le premier malade atteint de paralysie glosso-labio-laryngée pseudo-bulbaire concerne un homme de 57 ans chez lequel l'examen laryngoscopique révèle l'existence d'une paralysie incomplète des muscles adducteurs et tenseurs et de l'ary-aryténoïdien. Glotte en sablier, voix rauque voilée.

Le deuxième fait est celui d'un homme de 49 ans atteint de

la même affection bulbaire chez lequel l'examen laryngoscopique montre un gonflement des bandes ventriculaires, une petite érosion de la corde droite, une parésie des mêmes muscles que le précédent.

Le troisième malade, affecté d'une paralysie glosso-laryngée à foyer bulbaire, présente un défaut de rapprochement des cordes en avant et en arrière pendant la phonation, la corde gauche est moins mobile que la droite, voix sombrée, éraillée.

L'observation 4 est celle d'une sclérose latérale amyotrophique ; l'épiglotte est repliée vers la gauche, les cordes sont mal tendues, laissant un espace ellipsoïde pendant la phonation.

M. Cartaz observe à la suite de ce fait que les lésions qui ont dominé ici sont les parésies des muscles phonateurs, supposant qu'à une période plus avancée il doit se faire de la paralysie pouvant, à un moment donné, atteindre les abducteurs, expliquant les accès de dyspnée de la période terminale de ces maladies.

L'auteur rapporte ensuite 3 observations d'hémiplégie cérébrale dans lesquelles les muscles abducteurs du même côté ont également été paralysés.

Viennent après des analyses d'observations de paralysies laryngées consécutives à des lésions du cerveau ou de la protubérance, publiées par MM. Mackensie, Penzoldt et Gerhardt. Il ne tire aucune conclusion de ces faits disparates, mais il rappelle les recherches récentes de MM. Lannois, Delavan et Krause, sur l'existence d'un centre cortical pour le larynx ; il nous fait la promesse, que nous retenons, de publier la fin des observations des malades dont il a parlé dans lecours de son travail. (*France méd.*, n°s 134 et 135, t. II, et Delahaye, édit. du tirage à part, Paris, 1885). E. J. M.

OREILLES.

Des bourdonnements d'oreilles (*On noise in the ears*), par le Dr Wyss, de Genève.

Les bourdonnements ne sont pas toujours la conséquence d'une lésion de l'appareil auditif. On doit distinguer les

bruits « entotiques » et les bruits « exotiques ». L'intensité des bruits subjectifs peut être augmentée par diverses causes, par la fatigue intellectuelle, des accès de rhino-pharyngite, les excès alcooliques, l'abus du tabac, l'usage de certaines substances médicales (quinine, salicylate de potasse, etc.) et pendant la période menstruelle. On doit distinguer au point de vue du pronostic les bruits intermittents des bruits continus. Ces derniers sont plus graves. Les bourdonnements peuvent exister sans que l'audition soit altérée. Les malades viennent souvent consulter le praticien plutôt pour leurs bourdonnements que pour la surdité à laquelle ils se résignent, et qu'ils considèrent comme une affection incurable.

Lucæ n'admet pas la théorie généralement acceptée pour expliquer les bourdonnements (par augmentation de la pression intra-labyrinthique). Il est un grand nombre de cas dans lesquels la membrane du tympan est très déprimée sans qu'il existe des bruits dans l'oreille. Lucæ a réussi à faire disparaître momentanément les bourdonnements en exerçant une pression sur le méat auditif externe.

Le traitement des bourdonnements d'oreille est un des chapitres les plus difficiles de la thérapeutique de l'oreille. Le traitement peut être divisé en : 1) hygiénique, 2) mécanique, 3) médical.

Traitement hygiénique. — La musique et le changement de résidence influent quelquefois très heureusement sur les bruits subjectifs de l'oreille. Lucæ recommande ce qu'il appelle le traitement tonal (*tonal treatment*). Recherchant les effets du diapason sur les bruits de l'oreille, il a remarqué que les notes élevées améliorent les bruits. Il conseille de faire entendre pendant quelques minutes au malade le diapason dont le bruit est renforcé à l'aide du résonnateur de Helmholtz. Dans quelques cas, rares en vérité, il a obtenu une guérison définitive.

Traitement mécanique. — Il comprend le cathétérisme ou l'insufflation par la poire de Politzer. La compression ou la décompression au moyen du spéculum de Siegle. Le massage de la trompe à l'aide de bougies ou par la méthode d'Urbant-

schitch, la gymnastique des osselets au moyen de l'instrument de Lucæ. Ce dernier mode amène souvent une amélioration marquée.

Traitement médical. — C'est le moins efficace de tous. On a recommandé la morphine, le chloroforme, le nitrate d'amyle, le bromure de potassium, etc. L'électricité rend parfois des services (*The London med. Record,* 15 décembre 1885).

Dr J. Charazac.

Périostite (syphilitique) de l'apophyse mastoïde accompagnée surtout de symptômes nerveux (*Periostitis processus mastoidei (luetica) mit vorwiegend nervösen Symptomen*), par le Dr Neumann.

La névralgie du trijumeau ou du plexus cervico-occipital trouve très souvent son origine dans l'oreille, et ce n'est qu'en traitant l'affection de cet organe que l'on arrive à guérir la névralgie. Le Dr Neumann rapporte un cas de périostite primitive de l'apophyse mastoïde droite, observé à la clinique du professeur Gruber. Cette périostite avait amené de fortes douleurs s'irradiant dans la tête et le cou du même côté, et des spasmes cloniques du muscle sterno-mastoïdien droit. Le malade, âgé de cinquante ans, avait eu, il y a vingt ans, la syphilis. L'oreille gauche offrait les lésions d'une otite chronique hyperplasique, tandis qu'à droite, la trompe et le tympan étaient normaux et l'ouïe intacte. Il fallait donc exclure toute affection de l'oreille moyenne droite, et admettre une périostite primitive de l'apophyse mastoïde d'origine spécifique. On essaya d'abord le froid et des badigeonnages de l'apophyse avec l'iode et l'opium, puis voyant que les douleurs ne diminuaient pas, on fit l'incision de Wilde qui, immédiatement, calma les symptômes nerveux. Quatre jours plus tard, le malade était complètement guéri (*Allg. Wiener med. Ztg*, n° 23, 1885).

Dr L. Lichtwitz.

Périostite de l'apophyse mastoïde et du conduit auditif osseux (*Periostitis des Warzenfortsatzes und des knöchernen Gehörganges*), par le D J. Neumann.

Il s'agit d'un homme de 52 ans qui souffrait, depuis sept semaines, d'un bruissement dans l'oreille droite et de douleurs

intenses en arrière de cette oreille, douleurs s'irradiant sur tout le côté de la tête et du cou. Les mouvements de mastication lui occasionnaient des douleurs et le malade éprouvait des crampes douloureuses des muscles de la face et du cou, parfois spontanément, mais pouvant toujours être provoquées par l'attouchement du pavillon de l'oreille droite et de l'apophyse mastoïde du même côté.

Au premier aspect on aurait cru que le malade avait une affection des vertèbres cervicales, car il tenait dans ses deux mains la tête penchée vers l'épaule droite et il disait que toute secousse lui était douloureuse. L'apophyse mastoïde était légèrement infiltrée. Si on essayait de tourner la tête à gauche on provoquait des douleurs énormes, mais le mouvement d'avant en arrière était facile à exécuter. A l'examen otoscopique, le conduit externe dans la partie cartilagineuse et osseuse est tellement rétréci qu'on ne peut voir qu'un petit segment postéro-inférieur du tympan. La montre est entendue à d. 12 cm; à g. l'ouïe est normale.

Le cathétérisme indique une légère sténose sans râle et améliore l'audition, ce qui fit penser à un gonflement de la muqueuse de l'oreille moyenne. Mais vu l'infiltration légère de l'apophyse mastoïde, le rétrécissement considérable du conduit externe sans rougeur inflammatoire de ce dernier et vu le manque de toute exsudation dans la caisse on ne pouvait, dit l'auteur, expliquer les douleurs que par une périostite de l'apophyse mastoïde, du conduit auditif osseux et probablement aussi de la voûte de la caisse. Le traitement consistait en l'application de cataplasmes tièdes, badigeonnages iodés et opiacés sur l'apophyse et du cathétérisme répété. De jour en jour la trompe devint plus libre et les douleurs disparurent complètement. Le tympan redevint visible. L'audition pour la montre s'améliora jusqu'à 38 cm. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, n° 35, 1885.) Dr L. Lichtwitz.

Rupture de la membrane du tympan *(Rupture of the membrani tympani)*, par le Dr Ravogli.

Il s'agit d'un Italien qui présenta, à la suite d'un traumatisme sur le côté gauche du temporal, une rupture du tym-

pan, otorragie, perte de l'audition, bruit de cascade dans l'oreille. Il existait en même temps une paralysie du facial. Il n'existait pas de fracture. Le malade guérit.

A la suite de cette communication, vient une discussion sur les ruptures du tympan (*The med. surg. Reporter*, 5 et 12 décembre 1885.)

Amélioration immédiate de l'ouïe consécutive à la section de cicatrices de la membrane du tympan (*The immediate improvement of Hearing following division of cicatrices in membrana tympani*), par le Dr Bendelack Hewetson.

La cicatrisation des perforations de la membrane du tympan amène très souvent une diminution de l'acuité auditive. Au dernier congrès otologique tenu à Bâle Politzer fit ressortir ce fait. Il est la conséquence de la rétraction des brides cicatricielles qui partent de la perforation et vont au manche du marteau diminuant ainsi la mobilité et la puissance de transmission des ondes sonores. La section de la cicatrice amène une amélioration immédiate dans l'audition. L'auteur rapporte deux cas dans lesquels l'audition a été considérablement améliorée à la suite de cette opération (*The Brit med. Journ.*, 17 octobre 1885.) Dr J. C.

Contribution à l'étude des affections chroniques de l'oreille moyenne et en particulier de l'étiologie et du traitement, par le Dr H. Martin.

L'auteur se propose, dans ce travail, l'étude des affections chroniques de l'oreille moyenne. Le chapitre premier est consacré à l'étude des signes, de la marche, du pronostic de ces affections. Il étudie d'abord l'otite chronique catarrhale, dont il décrit trois formes d'après Duplay : la forme catarrhale proprement dite, la forme scléromateuse; vient ensuite l'étude de l'otite purulente chronique ou otorrhée, puis celle des affections de la membrane et de la chaîne.

Nous ne voyons pas trop les raisons qni ont pu décider l'auteur à consacrer à l'étude des affections chroniques de la chaîne ou du tympan un paragraphe spécial. Dans la plupart des cas d'affections chroniques de l'oreille moyenne, mem-

brane, chaîne, muqueuse et muscles de la caisse sont malades, mais du fait d'un même processus morbide. Si dans un cas spécial la chaîne est malade avec une membrane à peu près intacte, c'est que l'affection a débuté par la chaîne et n'a pas eu le temps de se propager aux autres parties constituantes de l'oreille.

L'auteur ne nous explique pas clairement ce qu'il entend par *engorgements des chaînes*, et il ne dit pas non plus les raisons qui le portent à faire de cet *engorgement* une maladie spéciale.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'étiologie des affections chroniques de l'oreille moyenne. Ce chapitre ne contient aucunes vues nouvelles, l'auteur se contente de répéter ce qu'on trouve dans tous les traités d'otologie.

Dans le troisième chapitre, l'auteur étudie le diagnostic. Il comporte, dit-il, l'étude de deux questions. Y a-t-il lésions de l'oreille? Quelle est cette lésion? Dans l'otite labyrinthique, l'insufflation ne produit aucun résultat... Tandis que dans les affections de l'oreille moyenne, cette insufflation d'air produit presque toujours une amélioration très marquée, au moins pendant quelques instants.

Si l'auteur n'a pas d'autre moyen de diagnostic, il doit commettre de fréquentes erreurs. Il semble ignorer complètement la valeur de la perception crânienne et aérienne au diapason, l'étude des antécédents (etc.); pour faire un diagnostic, l'examen objectif de l'oreille moyenne lui est suffisant.

Le quatrième chapitre consacré au traitement est aussi incomplet que le précédent. En somme, nous pourrions appliquer à l'auteur ce vieux proverbe : « qui trop embrasse mal étreint ». Ce sujet, pour être traité d'une façon convenable, aurait exigé un volume; pris pour thème d'une thèse il devait être nécessairement écourté. L'auteur eût mieux fait, selon nous, de limiter son travail, il aurait alors pu donner une étude complète, à la fois instructive et utile. (*Thèse*, Paris 1885.)

Dr J. Charazac.

Hernie de la muqueuse de la caisse à travers la perforation du tympan dans certains cas d'otite moyenne suppurée (*Hernial protrusion of the Mucous membrans of the tympanic cavity in some cases of chronic purulent otitis media*), par le Dr Ch. Burnett.

L'auteur a observé quelques cas de procidences de la muqueuse du promontoire à travers une perforation de la membrane du tympan. Il est important de ne pas les confondre avec des granulations ou de petits polypes. Ces derniers ne sont pas douloureux au toucher, ils saignent facilement. On peut les enlever au serre-nœud ou les cautériser sans douleur. Les granulations disparaissent facilement par les insufflations de borax si elles sont petites, ou par les cautérisations si elles sont considérables. Il n'en est pas de même des hernies de la muqueuse qui ne font que s'aggraver lorsqu'on essaye de les faire disparaître à l'aide du serre-nœud ou par les caustiques.

Elles ressemblent beaucoup à un polype à large base ; le meilleur moyen de traitement, d'après l'auteur, consiste en des applications de poudre d'acide borique ou d'acide borique et d'alun, ou bien en des instillations d'alcool absolu. Les applications de nitrate d'argent ont l'inconvénient d'être douloureuses et ne réussissent pas mieux que l'alcool. (*The Med. News*, 25 octobre 1885.) Dr J. Charazac

---

Du vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe, par le Dr Mullot.

Les injections liquides, dans le conduit auditif externe, donnent souvent lieu à des vertiges, surtout si l'injection est froide, alors même que la membrane du tympan est intacte. L'auteur rapporte sept observations : deux fois les injections ont été suivies de syncope, dans les autres cas le malade a eu des syncopes et des étourdissements. Dans un dernier cas, chez une femme enceinte, le malade, à la suite de l'injection, fut pris d'étourdissements avec poussée de chaleur vers la face et production de sueur exagérée.

Dans certains cas les injections dans l'oreille sont contre-indiquées, en particulier pendant l'anesthésie chloroformique, chez les femmes enceintes, chez les cardiaques, chez un sujet

ayant subi un traumatisme et qui aurait perdu beaucoup de sang.

L'auteur consacre un dernier chapitre à la pathologie expérimentale. Les expériences faites par lui sur les animaux ne lui ont pas donné de résultat appréciable. Les accidents qui peuvent survenir à la suite d'injections dans l'oreille doivent être rattachés à une compression à laquelle peuvent se joindre, dans certains cas, des troubles réflexes.

Qu'il nous soit permis de faire observer, que l'auteur s'exagère beaucoup les inconvénients des injections dans l'oreille qui, cependant, peuvent parfois présenter des dangers, comme dans un cas rapporté par M. Miot et publié dans la *Revue*. (*Thèse*, Paris 1885.) Dr J. CHARAZAC.

La coqueluche considérée comme cause de surdité (*Whooping-Cough as a cause of deafness*), par le Dr M. S. FALLS.

Cette cause de surdité a été peu signalée. Wilde rapporte cinq observations de surdi-mutité qu'il attribue à la coqueluche, et se déclare impuissant à expliquer le mécanisme par lequel elle se produit dans les cas de ce genre. Roosa, Peel en ont cité des observations.

Que la rupture du tympan puisse survenir à la suite d'un effort de toux, cela n'est pas douteux; mais dans les cas observés par Falls et Burnett, la membrane était intacte. On peut admettre aussi la propagation à la caisse d'une inflammation de la gorge, mais dans les quatre observations que rapporte l'auteur, c'est plutôt à un élément nerveux que doit être rapportée la surdité. (*Arch. of otology*, vol. XIV, nos 2 et 3.) Dr J. CHARAZAC.

Deux cas d'affection grave du labyrinthe compliquant la diphtérie scarlatineuse (*Two cases of severe disease of the labyrinth complicating scarlatinal diphteritis*), par le Dr O. WOLF.

Le sujet de la première observation est un enfant de six ans et demi qui fut pris, le 1er février 1882, de fièvre scarlatine compliquée de diphtérie nasale et rétro-nasale. Le malade ayant éprouvé de violentes douleurs d'oreille, l'auteur fut appelé en consultation.

A droite, la paroi de la portion osseuse du conduit auditif était ramollie, œdémateuse, la membrane gonflée et ramollie. L'auteur pratique une incision de la membrane et par le cathétérisme il réussit à faire passer un peu d'air dans la caisse et à faire sortir un peu de sécrétion liquide. L'oreille moyenne guérit parfaitement, mais le malade resta complètement sourd. Le prof. Moos fut appelé en consultation et on avait résolu de chercher à ramener l'audition par des injections de pilocarpine. Mais le père de l'enfant s'y opposa.

La deuxième observation est analogue. Il s'agit d'une fille de sept ans atteinte de scarlatine grave compliquée de diphtérie de la cavité rétro-nasale. Le processus diphtéritique s'étendit par la trompe aux deux cavités du tympan ; l'enfant, devenu complètement sourd, recouvre l'audition à l'aide d'injections de pilocarpine. On commença par faire à la nuque des injections sous-cutanées de 0,005 millig. de pilocarpine deux fois par jour en augmentant la dose de 0,001 millig. tous les deux jours jusqu'à arriver à la dose maximum de 0,01 centig. On faisait tous les jours passer une douche d'air dans la caisse. Une sudation et de la salivation fort abondante accompagnaient chaque injection.

Dans ces deux cas il s'agissait très certainement de propagation à la caisse par la trompe du processus diphtéritique, et de là au labyrinthe, soit que la membrane de la fenêtre ovale ait été perforée comme le croyait O. Wolf, soit qu'elle soit demeurée intacte, suivant l'opinion de Moos. *(Arch. of otol.*, vol. XIV, nos 2 et 3.) Dr J. Charazac.

VARIA.

L'oreille, le nez, la gorge et la balnéothérapie (*L'orechio, il naso, la gola, e la balneoterapia*), leçon du Dr Cozzolino, recueillie par M. Trifiletti.

L'auteur, envisageant d'abord l'action des bains de mer dans les maladies de l'oreille, rappelle les opinions de Sexton, Knapp, Morpurgo et Bobone qui confirment l'emploi de ces eaux dans les cas de ce genre; lui-même cite plusieurs faits observés à sa clinique, venant à l'appui de cette opinion.

Non seulement les bains de mer peuvent produire une lésion de l'oreille, externe, moyenne ou de la trompe sur un sujet sain, mais s'il existe déjà une affection quelconque de ces parties de l'organe auditif, elle sera augmentée par cette médication. Les suppurations préexistantes devinrent plus abondantes, plus rebelles, et les granulations se transforment en polypes.

M. Cozzolino étudie ensuite de quelle manière l'eau de mer devient nuisible pour l'oreille, et il fait remarquer que sa température trop basse, et son action irritante sont les principaux facteurs de cette action peu salutaire des bains de mer sur les oreilles.

Quelques conclusions résumant ces différentes opinions, terminent cette première partie, dans laquelle il cite en passant, à propos de chaque maladie, les opinions des otologistes bien connus.

L'auteur étudie ensuite brièvement l'action de l'air comprimé dans les lésions catarrhales de la caisse et des trompes, et il pense avec raison, je crois, que le séjour dans une chambre contenant de l'air conprimé, ne peut rendre perméable une trompe obstruée. Il cite à l'appui de ses différentes thèses l'opinion de M. Ladreit de Lacharrière, sur la balnéothérapie dans les maladies de l'oreille.

Dans le nez, l'eau de mer additionnée d'eau ordinaire employée soit en douche, soit en irrigation, produit de bons résultats dans les coryzas scrofuleux. Les eaux arsenicales ou sulfureuses seront appliquées à chaque cas particulier.

Dans le larynx, il rappelle que Moure repousse les eaux sulfureuses dans la tuberculose du larynx, tandis que Duhourcau (de Cauterets), pense que ces eaux ne sont pas nuisibles, mais qu'il faut savoir les manier (*Extrait della Riforma medica*. Naples, 1885).

Histoire et importance de l'aérothérapie en médecine (*Storia ed importanza dell' aeroterapia in medicina*, par le Dr Fasano.)

Les plus anciens médecins connaissaient l'influence de l'aérothérapie et du séjour dans les pins sur les maladies des

voies respiratoires. Les travaux de Torricelli, de Pascal, de Mariotte, conduisirent à l'étude de l'influence de la pression atmosphérique sur la respiration. Henshaw, en 1664, conseille l'emploi de l'air condensé dans les maladies aiguës, de l'air raréfié dans les maladies chroniques. Priestley recommande l'oxygène. Beddges le défend dans la phtisie et prescrit un mélange d'azote et d'hydrogène contenant moins d'oxygène que l'air atmosphérique; Doury découvre l'action désinfectante du chlore; Huffeland celle des vapeurs de goudron.

Les travaux de Junod, Pravatz et Tabarié montrèrent l'influence de l'air raréfié ou condensé sur l'organisme. Schneider et Walz construisirent les premiers pulvérisateurs, mais c'est en réalité à Salles-Girons qu'est due la découverte de la pulvérisation des liquides médicamenteux, découverte propagée par le pulvérisateur à vapeur de Siegle.

En même temps les travaux de physiologistes distingués, Vivenot, P. Bert, montraient l'action de l'air comprimé ou raréfié sur l'organisme. Mader obtint de bons résultats dans l'emphysème en faisant faire l'expiration dans l'air raréfié.

Depuis la découverte du bacille de la tuberculose par Koch l'aérothérapie est devenue le seul traitement de la phtisie qui peut être arrêtée lorsqu'elle est limitée aux sommets. Dans la plupart des affections où elles sont applicables, les médications locales ont produit les meilleurs résultats. Le poumon, par la faculté d'absorption que présente sa muqueuse, offre un champ très favorable à ce mode de médication. On a déjà pu obtenir d'excellents résultats en faisant respirer les malades atteints de maladies infectieuses dans une atmosphère saturée d'acide phénique. Sigmund a placé des syphilitiques dans une atmosphère saturée de vapeurs de mercure. Waldenburg a employé avec succès l'air raréfié dans le traitement de certaines cardiopathies.

Les succès déjà obtenus par l'aérothérapie nous font espérer les résultats les plus brillants dans le traitement des maladies des voies respiratoires et surtout de la phtisie, et sans prétendre exclure complètement les médicaments internes, ils

seront surtout obtenus par les topiques. (*Gazzetta delle cliniche*, 1885, nos 15-16.) P. Garnault.

Manuel de technique des autopsies, par MM. Bourneville et Brun.

Cet ouvrage est divisé en deux parties.

La première est consacrée aux prescriptions et entraves administratives et à l'organisation des services d'autopsie en France et à l'étranger.

Dans la deuxième partie, les auteurs décrivent les instruments, le manuel opératoire, passent ensuite à l'examen des divers organes et citent les procédés de conservation.

Ce travail se termine par un appendice dans lequel on trouve le poids et les volumes moyens et les dimensions des organes.

Deux chapitres sont consacrés à l'examen des organes de la cavité thoracique et aux organes du cou, du pharynx, des amygdales et de la langue.

Nous en recommandons volontiers la lecture à nos lecteurs, attendu que jusqu'ici il n'existait pas de guide pour la technique des autopsies, et bien de nos confrères seront surpris en lisant les procédés opératoires si peu mis en pratique dans beaucoup de nos hôpitaux où généralement l'on ne fait qu'une autopsie superficielle. (Paris 1885, au *Progrès médical*, et chez Delahaye et Lecrosnier.) J. Baratoux.

Goître kystique (*A cystic goitre*), par le Dr Bermann.

A la Société médicale du district de Colombie, le Dr Bermann lit une observation de goître kystique ayant déterminé une paralysie complète de la corde vocale droite. Tous les moyens employés ordinairement pour combattre le goître (iodure de potassium, fer, etc.) ayant échoué, l'auteur fit sur la tumeur des pointes de feu au galvano-cautère. Après trois applications, le volume de la tumeur diminua et la voix s'améliora d'une façon notable. (*Journ. of the Amer. Med. Association*, 12 décembre 1885.) Dr J. Ch.

De la Thyroïdite aiguë rhumatismale,
par le Dr E. Zouiovitch.

L'auteur étudie successivement : 1° la symptomatologie, l'évolution, la marche et la durée de la maladie chez les rhumatisants; 2° le diagnostic différentiel; 3° l'étiologie; 4° le pronostic; 5° le traitement, et termine par quatre observations.

L'inflammation de la glande thyroïde peut survenir à n'importe quelle période du rhumatisme articulaire aigu. Le malade qui en est atteint ressent de violentes douleurs au cou, siégeant dans un ou dans les deux lobes de la glande et s'irradiant sur toute la partie antérieure du cou. La douleur augmente par la pression et les mouvements, les malades ne peuvent avaler. En même temps apparaît la fièvre accompagnée de céphalalgie, d'inappétence, d'agitation, d'une anxiété extrême, de suffocation et d'une sueur très abondante. C'est surtout la suffocation qui est la plus pénible. Avec la douleur apparaît la tuméfaction du cou.

L'auteur fait le diagnostic avec la congestion simple du corps thyroïde, avec le goître enflammé qui est plus grave et tend à la suppuration, avec les abcès du cou.

L'affection est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Le pronostic est bénin, et le salicylate de soude à la dose de 6 grammes est le remède héroïque. On administrera en même temps des toniques et on fera un traitement antiphlogistique local.

Voici les conclusions de l'auteur : 1° la thyroïdite aiguë rhumatismale survient chez les individus atteints de rhumatisme articulaire aigu; elle peut évoluer en même temps que l'attaque rhumatismale, ou quelques jours après, quand les articulations ne seront plus douloureuses; — 2° Son évolution est rapide et sa durée très courte, elle se termine au bout de quarante-huit heures; — 3° Elle ne se complique pas de suppuration ; — 4° Son pronostic est bénin ; — 5° Elle guérit sous l'influence du salicylate de soude. (*Thèse,* Paris 1885.)

J. Ch.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

7e Année. N° 4. 1er Avril 1886.

DES TROUBLES NERVEUX QUI COMPLIQUENT PARFOIS LES AFFECTIONS DU PHARYNX

Dr A. D.,
Médecin de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASS'N. MAY 19 1886

L'ancienne théorie de l'origine de la toux basée sur les recherches de Kohts, Nothnagel et Stœrk, a été sensiblement modifiée dans ces derniers temps.

De nouvelles recherches ont prouvé qu'outre la muqueuse du larynx et des bronches, certaines affections du pharynx peuvent également causer des quintes.

Hack, dans son étude *sur les symptômes névralgiques des affections du pharynx*, a attiré l'attention des médecins sur la toux dite pharyngienne, observée parfois dans la pharyngite latérale, au contact du stylet explorateur.

J'ai eu moi-même occasion d'étudier un fait de ce genre avec le professeur Chatubinski.

Une demoiselle de dix-huit ans, anémique, lymphatique, est, depuis plus de six mois, sujette à des quintes continuelles d'une toux spasmodique, ne s'interrompant que pendant son sommeil et aussi fatigante pour la malade que pour son entourage. A l'exploration de la malade, je ne trouvai rien de suspect dans les poumons. Le larynx légèrement congestionné; épaississement de la muqueuse de la paroi postérieure (in rimula). Le côté gauche du pharynx, derrière le pilier postérieur, laisse apercevoir un épaississement de la muqueuse (pharyngite latérale) rougie, et s'étendant jusqu'à la cavité naso-pharyngienne. Au contact du stylet, les quintes de toux recommençaient.

La cautérisation de l'endroit sensible au nitrate d'argent, associée à l'administration simultanée du bromure et de l'iodure de potassium, eut bien vite raison de cet état de choses et amena une guérison pleine et entière.

La deuxième observation de toux pharyngienne concerne

Mme W..., âgée de trente-sept ans, affectée de cette maladie depuis trois semaines. Ses poumons étaient sains. Examinant les sommets des cartilages de Santorini, je constate une vive rougeur ; l'épithélium de la fente (in rimula) desquamé et troublé. La voix claire et sonore. La malade se plaint d'une sensation de sécheresse dans la gorge. A droite, au delà du pilier postérieur, un îlot de granulations, qu'il suffit de toucher avec le stylet, pour provoquer immédiatement une violente quinte de toux.

Après la cautérisation par l'acide chromique en substance, la toux cessa et la rougeur des sommets des cartilages de Santorini disparut également.

La troisième observation concerne Mlle W..., âgée de dix-sept ans, disposée aux rhumes de cerveau. Chez elle, la toux apparaissait au moindre attouchement de la tonsille gauche, tant soit peu hypertrophiée et rougie.

La paroi postérieure du larynx était d'un rouge très vif, comme dans la seconde des observations citées.

Après l'extirpation de la tonsille, la toux cessa complètement et les autres altérations disparurent.

Des observations précédentes il résulte que les altérations du pharynx perceptibles au toucher, étaient la cause de la toux. Nous voyons donc qu'une pharyngite latérale, des granulations de la paroi postérieure et enfin une hypertrophie minime de l'amygdale suffisent, chez des personnes nerveuses, pour provoquer des quintes de toux de nature réflexe, quintes que l'on peut éloigner en détruisant l'endroit qui les produit.

En outre, il est certain que, dans ces conditions, les altérations du larynx, qui paraissaient être primitives, ne sont que secondaires (gonflement de la partie aryténoïdienne, desquamation de l'épithélium, rougeur des cartilages de Santorini) et disparaissent avec l'affection de la gorge.

L'observation qui suit appartient déjà à un autre groupe de phénomènes nerveux :

En 1883, Hack (1) publia une observation de douleurs très opiniâtres localisées entre les deux épaules. Le malade, un sergent de forte constitution, indemne de toute affection nerveuse, ne présentait qu'une légère rougeur disséminée dans la muqueuse de la gorge. Ici encore, une seule application du cautère galvano-caustique sur la paroi postérieure, fit complètement cesser les douleurs.

La seconde observation de Hack est tout aussi instructive. Le malade, dans la force de l'âge, se plaint de douleurs pénétrantes au-dessus des clavicules; douleurs invétérées, associées à une toux opiniâtre et accompagnant chaque inspiration un peu plus profonde.

L'état des poumons ne présente rien d'extraordinaire, mais en abaissant fortement la langue, l'auteur aperçut sur la paroi postérieure du pharynx, une excroissance granuleuse du volume d'une noisette, bordée d'un liseré muqueux fortement congestionné.

Après la destruction de cette tumeur au moyen du galvano-cautère, les douleurs au-dessus des clavicules cessèrent; la toux et l'expectoration diminuèrent, pour reparaître quelque temps après avec une récidive de la granulation, nécessitant le même traitement.

Le même auteur eut occasion d'observer des douleurs susclaviculaires dans un cas d'hypertrophie des cornets postérieurs qui touchaient presque le pharynx.

La destruction de ces derniers suffit à la guérison.

En dehors de ces trois observations, Hack publie encore la suivante :

Pendant la destruction par le galvano-cautère de quelques granulations siégeant sur la paroi postérieure du pharynx, l'opéré se plaignit de douleurs violentes qu'il ressentit subitement dans les muscles du cou, au point d'empêcher tout mouvement de la tête.

En même temps apparut un gonflement inflammatoire des

(1) *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 42, 1883.

Parmi les faits nouveaux et intéressants, sur lesquels les études laryngologiques ont apporté quelque lumière, il faut ranger ceux qui ont trait au *mycosis bénin de l'arrière-gorge*, chez l'adulte.

En voici les caractères microscopiques tels que les ont donnés les différents observateurs. La matière dominante est représentée par des filaments articulés de *leptothrix* en partie isolés et en partie disposés sous forme de groupes nodosiformes. Malgré les variétés de préparations décrites par les auteurs, la parfaite similitude des symptômes observés dans tous les cas publiés, et l'identité du résultat de l'examen histologique, permettent d'affirmer qu'il s'est agi de la même maladie.

B. et E. Frankel (*Zeitschr. f. klin. med. 1882*), L. Bayer, de Bruxelles (*Revue mensuelle de laryngologie, etc.*, 1882-1883), J. Gumbiuner, de Berlin (*Inaugural Dissertation*, 1883) ont publié, dans ces dernières années, les six cas connus de *mycosis de l'arrière-gorge*, intéressants par leur mode de production, par leur marche chronique et par leur caractère de bénignité (1).

Ce sont les seuls cas encore publiés, à ma connaissance, dans de telles circonstances.

Moi-même, dans une pratique laryngologique de vingt-cinq ans, et dans une pratique thermale de vingt-deux ans qui fait, tous les étés, passer sous mes yeux, à Cauterets, un très grand nombre de maladies chroniques de la gorge, du larynx et des voies respiratoires, je ne me souviens pas en avoir traité un seul cas. Pourtant, en cherchant bien, ai-je pu en voir un ou deux échantillons, en passant, sans avoir eu à en diriger le traitement, et sans savoir ce qu'ils sont devenus.

Cette rareté provient peut-être de ce que les malades ne s'aperçoivent pas habituellement de la production du microphyte. Ce sont surtout les chanteurs qui ont fourni les premiers exemples. A l'occasion d'une altération de

(1) B. Frankel : 2 cas. — E. Frankel : 1 cas. — L. Bayer : 2 cas. — J. Gumbiuner : 1 cas.

leur voix, ils vont consulter un spécialiste ; et l'examen laryngologique révèle alors la présence du champignon, peut-être déjà ancien et dont le sujet ne s'était pas douté. Ces faits se multiplieront probablement à mesure que la laryngologie se répandra davantage, et, avec elle, l'examen minutieux et attentif de l'arrière-gorge.

Pour la première fois, en décembre 1881, j'ai eu l'occasion d'observer un cas qui en rappelle les principaux traits et de le suivre jusqu'au bout.

Mais il ne suffit pas, ce me semble, à propos d'une maladie locale, fût-elle parasitaire, de noter exactement la nature du microphyte, son siège, sa forme, etc. ; il est surtout, je crois, intéressant pour le médecin et utile pour le malade d'en rechercher la *pathogénie* et les *indications thérapeutiques*.

C'est toujours à ce double point de vue que le praticien doit se placer ; et c'est dans ce sens que l'observation suivante pourra contribuer à l'histoire pathologique du *mycosis bénin de l'arrière-gorge*.

Mlle X..., jolie brume de vingt ans, d'une famille de riches propriétaires, passe une partie de l'année à la campagne, l'autre partie dans une grande ville. Sa santé générale paraît excellente. Elle est grande et forte, bien développée, alerte, vive et intelligente. De plus elle est fort bonne musicienne. Douée d'un très bel organe, elle s'est adonnée au chant ; et elle a pris des leçons d'artistes distingués. Elle fait le charme de soirées intimes, et prête quelquefois sa jolie voix à des concerts religieux, dans des chapelles de couvent.

Quelques accidents d'enrouement en pleine santé, inattendus et restés inexpliqués, l'ayant condamnée à l'interruption de ses exercices vocaux, elle vint me trouver le 16 mai 1881, au moment de la saison thermale de Cauterets, pour savoir si elle devait aller aux Pyrénées.

L'examen de la poitrine et du larynx n'indique rien de sérieux. Les cordes vocales sont un peu ternes ; l'ensemble de la muqueuse pharyngo-laryngée a les signes du catarrhe

chronique léger, ce qu'explique d'ailleurs un *enchifrènement nasal* que l'on me dit être habituel : signe évident d'un *fond lymphatique*, dont le père, la mère et une sœur aînée portent eux-mêmes des caratères plus accusés.

Le voyage de Cauterets décidé ne put se réaliser ; et l'été se passa sans trop de traitement autre qu'une bonne hygiène à la campagne.

Le 3 décembre 1881, Mlle X... vint me retrouver et me demander un traitement destiné à permettre la reprise du chant presque complètement abandonné.

Alors, et *pour la première fois*, je constate, sur les amygdales, sur les piliers du voile, sur les papilles caliciformes de la base de la langue, la présence de points blancs, saillants, de consistance lardacée, d'aspect caséiforme, rappelant le muguet des jennes enfants, la plupart isolés ou réunis par petits groupes de deux ou trois, surtout derrière les amygdales. Si l'on cherche à les enlever, soit avec un pinceau à rude éponge sèche, soit avec un stylet mousse, on constate qu'ils font une légère saillie sur la muqueuse sur laquelle ils semblent comme implantés. Leur adhérence est invincible, et ils résistent à des efforts énergiques d'énucléation. D'ailleurs, aucune rougeur, aucune sensibilité anormales autour de ces productions; et si ce n'étaient les circonstances spéciales de l'altération de la voix chantée, qui, d'abord très étendue, a commencé par devenir impossible dans les notes élevées et reste encore un peu voilée dans les meilleures notes du contre-alto, Mlle X... *n'aurait probablement pas songé à regarder dans son gosier*, ni à consulter surtout un homme de l'art.

Les conditions de lymphatisme prononcé dont j'ai déjà parlé et quelques irrégularités dysménorrhéiques me firent me préoccuper beaucoup plus du terrain sur lequel s'était développé le parasite que du parasite lui-même; et j'instituai un traitement dépuratif et un traitement local destiné à répondre aux indications suivantes :

1° Modifier la dyscrasie humorale à l'aide de préparations d'iode, de fer et de soufre;

2° Favoriser le rétablissement des fonctions naturelles et

régulariser la menstruation par des attractifs méthodiques aux membres pelviens;

3° Détruire sur place les productions morbides de la muqueuse gutturale par des caustiques appropriés.

Sans chercher, à l'aide d'instruments à griffe, l'arrachement direct des productions parasitaires, opération à laquelle je dus renoncer à cause de la nervosité de la malade et de la difficulté résultant de la grande adhérence des champignons, je dus me contenter d'essayer de les détruire par des attouchements à la teinture d'iode, à la solution concentrée de nitrate d'argent, et avec la poudre au calomel, en y joignant de temps en temps des tentatives d'énucléation, autant que ma cliente me le permettait.

Au cours de ce traitement général et local qui se prolongea, par périodes intermittentes, jusqu'au printemps de 1883, selon la disparition et la réapparition des phénomènes gutturaux, d'ailleurs plus incommodes que vraiment morbides, il survint un léger engorgement de la glante thyroïde qui obligea à l'emploi du collier de Morand, suivi d'un succès complet.

Tout cela ne laissait pas que d'inquiéter la famille; et bien qu'il n'y eut jamais aucune souffrance gutturale, aucune altération alarmante de la santé générale, Mlle X... n'en restait pas moins dans l'impossibilité de reprendre ses chères études de chant; et elle finissait par se préoccuper elle-même de ces interminables boutons blancs qui pouvaient bien être, disait-elle, le prélude de quelque grave maladie.

Tel n'était cependant pas mon avis, bien que je ne connusse pas, à cette époque, les observations des laryngoscopistes précités.

Et, en effet, en mars 1883, après un excellent été passé à la campagne, (car il n'a jamais été possible d'effectuer le voyage aux Pyrénées,) les productions gutturales avaient complètement disparu; la santé s'était tout à fait équilibrée, la bouffissure légère des téguments et leur teinte pâle avaient fait place à une élasticité et à une coloration de bonne nature, et surtout la voix chantée avait enfin repris son étendue, sa souplesse et sa limpidité.

Aujourd'hui, mars 1885, à deux ans de distance, la santé de Mlle X... est restée parfaite; la voix est ce quelle était avant les accidents relatés plus haut ; le mycosis n'a pas reparu.

Le diagnostic de *mycosis bénin de l'arrière-gorge* me paraît incontestable. D'après la description des faits publiés, il y a identité à peu près complète entre tous ces cas et le mien.

Les symptômes sont les mêmes : intégrité d'aspect de la muqueuse ; formation de concrétions blanches sur les amygdales, sur les papilles caliciformes de la base de la langue et sur la région gutturale circonvoisine. Ces concrétions sont indolores, insensibles, fortement adhérentes, à bords dentelés et frangés, à forme irrégulière, isolées comme des papules varioliques, ou agglomérées dans un repli muqueux où elles forment de petits amas de 4 à 8 millimètres de diamètre, avec une saillie très apparente au-dessus de la surface muqueuse. — Même chronicité, même bénignité ; enfin même tendance à la reproduction, puisque ces microphytes détruits d'un côté se reproduisaient de l'autre, sous forme d'une éruption discrète, jamais confluente, sauf dans quelques points très limités; et cela pendant une période de près de deux ans.

Bien que l'examen histologique n'en ait pas été fait, on peut induire de ce qui précède que les mêmes éléments de *leptothrix* se seraient probablement représentés sous le champ de microscope.

Et, à ce propos, il est bon d'observer que les recherches histologiques sont encore et resteront probablement longtemps l'apanage exclusif de quelques spécialistes et de quelques chercheurs.

En attendant que le microscope soit entré, comme le stéthoscope, dans la pratique commune, il importe surtout de vulgariser les signes cliniques qui sont du ressort de l'observation commune. Ce sont eux qui doivent conduire directement à l'action thérapeutique, en permettant au

praticien de se passer provisoirement des investigations du laboratoire, ordinairement trop éloigné du champ des observations pour pouvoir être utilisé.

Voici d'ailleurs les renseignements histologiques fournis par Bayer.

L'examen microscopique des productions observées chez sa seconde malade, démontre une composition de plaques d'épithéliums pavimenteux, jaunâtre, en transformation cornée, des bâtonnets et des fibres longitudinales, parsemés de petit grains ronds isolés en groupe ou en rosaire. Les fibres et les bâtonnets formaient un réseau; mais, pour la plus grande partie, ils se réunissaient longitudinalement en constituant des *faisceaux* qui étaient surtout bien tranchés à leurs extrémités. Il est probable que c'est pour cette raison que le professeur Sadebeck, botaniste, qui a déterminé le microphyte de Frankel, l'a appelé *bacillus fasciculatus*. Dans les petits grains ronds, il reconnaît les spores du *bacillus* ; et il considère les fibres et les bâtonnets comme la première étape de leur développement. Mais Gumbiuner, toujours d'après Bayer, a fait des préparations mieux réussies et plus nettes, surtout celles traitées avec une solution d'iode et d'acide sulfurique ($^1/_{100}$). Alors, on a pu bien reconnaître les filaments articulés du leptothrix. D'après la description classique du leptothrix par Ch. Robin et celle par Klebs, cette distribution « en faisceaux » est un signe caractéristique du leptothrix, au moins de l'algue bien développée. Il n'y aurait donc aucune raison, ajoute Bayer, de créer le nouveau nom de « bacillus fasciculatus », alors qu'il ne s'agit que de filaments du leptothrix. De même, les petites graines, au lieu d'être des spores, ne sont que des grains d'amidon, ainsi que le prouve clairement la réaction iodée.

Quant au traitement, B. Frankel conseille de ne rien faire ; ce que Bayer ne trouve pas admissible, « car, dit-il, le malade se présente chez le médecin pour être débarrassé des inconvénients qu'il éprouve et non pour être renvoyé ».

E. Frankel a recours au galvano-cautère, ce qui me paraît un peu bien violent pour une aussi petite lésion.

Bayer enlève complètement, autant que possible, ces formations une à une. Il s'est servi d'une forte pince droite à bec d'oie, ou de la pince à larynx, et il cherche à obtenir l'arrachement avec un coup sec. Mais il reconnaît qu'une telle opération, nécessitant des séances qui peuvent se prolonger jusqu'à une durée d'une heure et demie, demande de la patience de la part du médecin et de la part du client. Bayer paraît convaincu que l'extirpation radicale du parasite suffit à la guérison.

Assurément, il est excellent de débarrasser un malade de son mycosis ; et le choix de l'instrument arracheur, le tour de main du praticien et la patience même dans une opération minutieuse et longue ne sont pas à dédaigner ; mais, avec cela, il est, ce me semble, tout aussi urgent de rechercher pourquoi le parasite s'est montré dans tel cas déterminé, et d'étudier les circonstances de sa production pour la prévenir en cas de récidive.

Il semble en effet probable qu'une première apparition du mycosis sur une muqueuse gutturale jusqu'alors indemne prédisposera cette muqueuse à de nouvelles proliférations, si ses conditions de vitalité restent les mêmes ; et c'est aussi ce qu'on observe chez certains enfants. Chez ceux-ci, le moindre accident fébrile s'accompagne de muguet ; et il est peu de praticiens qui n'aient eu à observer des cas de ce genre, dans les familles où domine le lymphatisme, sous quelque forme que ce soit.

Ce qui se passe dans la première et la seconde enfance peut tout aussi bien se produire chez l'adulte.

La question qui se présente donc à l'esprit du clinicien est celle-ci : les productions parasitaires de l'arrière-gorge sont-elles une cause ou un résultat ?

Jusqu'ici les faits connus permettent d'affirmer que certains microphytes peuvent exister dans le gosier, sans y provoquer une réaction morbide; leur présence paraît

indifférente aux tissus sous-jacents et circonvoisins.

Mais s'ils ne provoquent aucun trouble apparent, c'est probablement qu'ils ne sont eux-mêmes qu'un résultat. Il leur faut un *terrain favorable* à leur développement ; sans ce terrain favorable, sans des circonstances spéciales, qui sont à étudier, pas de points blancs dans l'arrière-gorge. Mais quelles sont ces circonstances spéciales ?

On connaît des faits où des champignons habitant la cavité buccale ont fait invasion dans l'organisme et se sont retrouvés dans des organes éloignés.

Le *leptothrix buccalis* a été reconnu par Leyden et Jaffé, dans les crachats putrides de la gangrène pulmonaire.

L'*oïdium albicans* a été aussi trouvé par Rosenstein dans la même maladie.

Virchow a publié, en 1846, un cas de pneumono-mycosis carcinica.

Dans la 2e observation de Bayer, il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, à laquelle on en aurait bien donné 18, héréditairement disposée à la phtisie, depuis 2 mois en traitement, à la campagne, pour une angine dipthérique hypothétique, mais présentant, comme ma cliente, un léger *catarrhe* naso-pharyngien, ainsi qu'un peu d'irritation du larynx.

Pour ma part, je n'hésite pas à considérer l'apparition de ces cryptogames dans l'arrière-gorge, comme un signe de *misère physiologique*, dont le lympatisme paraît être le terrain de prédilection ; et je fais des vœux pour que les observateurs des faits à venir portent surtout leurs investigations sur la part d'influence que pourraient revendiquer dans la production des divers champignons de la muqueuse gutturale, les dyscrasies les plus communes, telles que l'herpétisme, la scrofule, etc.

En tout cas, dans les six observations déjà publiées, comme dans la mienne, le pronostic a été des plus bénins et tous les traitements employés ont réussi, sans trop de peine, à débarrasser les malades.

Resterait enfin à examiner si les altérations de la voix

chantée, dont se plaignent les sujets atteints de microphytes gutturaux, sont dues à la présence de ces parasites ou si elles en sont indépendantes.

D'après les circonstances de mon observation, il paraît évident que les altérations de la voix chantée n'ont eu aucune relation avec la production du champignon. Outre que ces altérations ont longuement précédé l'apparition du microphyte, elles n'ont paru subir de sa part aucune influence. Les notes élevées ont été surtout impossibles pendant toute la période dysménorrhéique; et les notes de contralto ont eu des alternatives d'amélioration ou d'aggravation qui semblaient bien plus en rapport avec l'état général de catarrhe de la muqueuse pharyngo-laryngée, qu'avec l'état prospère ou fortement atténué par le traitement de la prolifération parasitaire. D'où je me crois autorisé à conclure que Mlle X... a dû beaucoup plus à l'action du traitement général qu'à celle du traitement local le retour complet de sa santé et des belles notes de sa voix.

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite et fin*)

par le Dr J. BARATOUX (1).

Symptômes. — Les enfants atteints de syphilis héréditaire se reconnaissent à certains caractères bien mis en relief par M. Fournier. Il est à remarquer que la polyléthalité et la polymortalité sont fréquentes dans leurs familles.

Le syphilitique héréditaire a un habitus et un facies spécial; son développement physique est tardif et incomplet. Cet enfant est sujet aux lésions osseuses et aux déformations crâniennes et nasales. Il n'est pas rare de constater, sur sa muqueuse nasale, une ulcération et même une perforation de la cloison avec aplatissement consécutif de la charpente du nez. On peut encore obser-

(1) Voir *Revue*, n° 3, mars 1886.

ver des ulcérations pharyngiennes consécutives à des gommes avec adhérences des piliers à la paroi postérieure du pharynx et perforation ou destruction même du voile du palais. Enfin le malade est encore fréquemment atteint de lésions oculaires, dentaires ou auriculaires. Nous nous limiterons à l'étude de ces dernières.

La lésion est tantôt unique, tantôt double, ce qui est le cas le plus habituel. Comme nous l'avons dit précédemment, les nouveau-nés peuvent déjà avoir une affection de l'oreille qu'il est difficile d'apprécier et qui occasionne une diminution ou même une perte de l'ouïe entraînant par la suite la surdi-mutité.

A un âge plus avancé, lorsque la maladie de l'oreille moyenne se manifeste, on peut remarquer que l'enfant fait répéter et qu'il ne prête pas attention quand on lui parle ; il est rare qu'il s'aperçoive lui-même de sa dureté de l'ouïe. D'autres fois, un écoulement purulent survient sournoisement sans aucun phénomène inflammatoire, sans fièvre, sans douleur : c'est la tache jaunâtre qu'on retrouve le matin sur l'oreiller qui le fait découvrir.

La perception osseuse n'est pas altérée dans ces cas, mais l'acuité auditive est diminuée. Si par hasard on pratique l'examen du tympan au début de l'affection, on voit que les vaisseaux qui vont du pôle supérieur du tympan au manche du marteau sont dilatés; plus tard, la membrane devient rouge, fait saillie dans le conduit, surtout à sa partie postéro-inférieure ; l'apophyse externe, reconnaissable encore à sa saillie blanchâtre, se détache nettement du tympan: le triangle lumineux et le manche du marteau ont disparu. Le tympan infiltré, ramolli, devient jaune blanchâtre, puis en un point, se détache une petite saillie qui se perfore pour donner issue au pus. L'écoulement dure ainsi quelques semaines et disparaît peu à peu en déterminant assez souvent une cicatrice qui répare alors la perte de substance.

Mais d'autres fois, la perforation s'agrandit en disséquant souvent le manche du marteau dont l'extrémité

inférieure se rapproche du promontoire avec lequel elle contracte facilement des adhérences. L'écoulement persiste ainsi durant des années en produisant des lésions graves. Le tympan est alors plus ou moins complètement détruit, les osselets sont nécrosés et éliminés, le manche du marteau a disparu ; il ne reste plus que l'apophyse externe avec une petite bordure périphérique de la membrane. Dans d'autres cas, le tympan est complètement détruit ainsi que les osselets, mais ordinairement l'étrier seul persiste.

Les conséquences de ces lésions sont graves, car il survient de l'ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde et du rocher, de la thrombose des sinus et même une nécrose du rocher, comme nous l'avons observé, ou mieux encore la chute de tout le temporal (Wreden).

Il est évident qu'avec de telles altérations, l'acuité auditive ainsi que la perception crânienne sont profondément modifiées. La montre n'est plus entendue qu'à quelques centimètres, puis au contact, et enfin l'acuité disparaît complètement. La perception crânienne suit aussi la même marche, les sons ne sont plus perçus qu'en un ou deux points crâniens dans le voisinage de l'oreille, puis la perception diminue insensiblement, pour disparaître tout à fait après une assez longue durée de la maladie.

Mais la syphilis ne détermine pas toujours un catarrhe purulent de l'oreille moyenne. Il est une forme qui se présente souvent avec l'otite interne, vers l'époque de la puberté. Elle est caractérisée par une diminution notable de l'acuité auditive et de la perception crânienne avec des bourdonnements plus ou moins continuels, des sifflements et avec des lésions particulières du tympan. Voici comment se passent les choses le plus habituellement.

Une jeune fille atteinte déjà de divers accidents syphilitiques héréditaires, surtout de manifestations dentaires et de kératite parenchymateuse, commence à entendre un peu moins d'une oreille. L'acuité auditive diminue peu à peu assez lentement, et finalement se perd de ce

côté en même temps que la perception crânienne. Pendant ce temps, l'autre oreille se prend, la surdité augmente progressivement et l'ouïe disparaît totalement. Cette altération de l'ouïe s'accompagne de bourdonnements assez intenses, de sifflements, de roulement de chemin de fer, etc.; la surdité vient sans douleur et offre la particularité de diminuer au milieu du bruit. Souvent le malade ne s'aperçoit de son infirmité que quand la deuxième oreille est déjà profondément atteinte. La surdité alterne parfois avec des troubles de la vue, comme Field en a rapporté un fait chez une enfant qui pendant trois ans présenta une diminution progressive de l'ouïe lorsque l'inflammation de la cornée s'améliorait.

Au début de l'affection, la membrane du tympan offre une vascularité anormale qui s'étend même au loin dans le conduit et dans la trompe, comme l'ont signalé quelques auteurs; puis la membrane prend en quelques points un aspect piqueté, rugueux, qui s'étend vers la périphérie où elle a une coloration terne et blanchâtre; elle perd son élasticité (Dawidson). Le tympan offrirait alors à la vue un degré de sécheresse et de rugosité remarquables (Hinton). Le manche du marteau est rétracté, et la formation du tissu fibreux dans la caisse entraînerait des lésions analogues à celles de la sclérose ordinaire, Au reste, cette forme d'otite que nous venons de décrire ne serait elle-même que l'otite sèche de la caisse. Cette affection se rencontre fréquemment chez les jeunes personnes atteintes de kératite interstitielle; elle semble être de même nature que celle-ci. La surdité augmenterait avec le développement de l'affection et surtout avec le siège des lésions qui amènent des troubles de l'ouïe d'autant plus rapides qu'elles atteignent la fenêtre ovale ou la gaine fibreuse des muscles, etc.

Cette maladie se développe généralement vers l'époque de la puberté, mais on peut la voir apparaître plus tôt.

L'otite interne survient aussi vers le même moment, principalement chez les jeunes filles, quand leurs divers

organes évoluent vers leur forme définitive, c'est-à-dire vers l'âge de dix à dix-huit ans. Elle se montre toutefois plus tard que l'otorrhée, mais ce n'est pas une règle sans exception, puisque Kidd en a vu un cas chez une fillette de six ans.

Comme l'otite moyenne sèche ou purulente, l'affection de l'oreille interne peut être précédée pendant quelques semaines ou quelques mois d'une kératite qui peut s'améliorer même quelquefois, au moment où l'oreille se prend, ou alterner avec la surdité. Ici, la marche de l'affection est beaucoup plus rapide, puisque l'ouïe disparaît en quelques jours ou même subitement en une nuit, comme chez deux de nos malades. La perception crânienne présente la particularité de diminuer sans proportion avec la difficulté que la malade éprouve à entendre la voix. Ni la montre ni le diapason ne sont plus entendus. Cette perte de la perception osseuse a déjà été signalée par un grand nombre d'auteurs : Trœltsch, Hinton, Kipp, Politzer, etc. En même temps le malade entend des sifflements, des bruits musicaux, des chants d'oiseaux; il est pris de nausées, de vomissements, de vertiges et de troubles de l'équilibre avec tendance à la chute. Le tympan peut être normal ou présenter quelques altérations semblables à celles de l'otite moyenne sèche.

Pathogénie. — Diverses opinions ont été émises sur la nature des lésions de l'oreille développées dans le cours de la syphilis héréditaire. Il ne faut pas cependant rattacher à cette diathèse toutes les affections auriculaires qui peuvent se montrer chez ces malades. Il ne viendra pas à l'idée de regarder comme spécifique une otite moyenne aiguë à frigore, par exemple; mais les lésions chroniques de l'oreille moyenne ou les altérations subites de l'oreille interne survenues sans cause sont la plupart du temps sous la dépendance de la maladie vénérienne.

Hutchinson attribuait la surdité à une affection du nerf auditif ou de ses branches. Il pensait qu'il se produisait dans ce tissu une lésion analogue à celle qui est

observée dans la rétinite syphilitique avec atrophie blanche du nerf auditif.

Kipp accorde un certain rôle à l'oreille moyenne atteinte de catarrhe, mais cette lésion n'est pas suffisante pour expliquer les troubles de l'audition ; il croit que le labyrinthe ou les nerfs sont atteints et il conclut même que la simultanéité des accidents doit faire penser à une altération du plancher du quatrième ventricule.

Virchow ne met pas en doute la paralysie centrale de l'auditif à la suite d'une tumeur gommeuse du cerveau ou de la base du crâne, ou encore d'une gomme du tronc du nerf auditif.

Telles sont les hypothèses émises relativement à l'otite interne.

Quant à l'otorrhée, elle serait due, d'après Parrot, soit à une éruption dans le conduit, soit à la propagation de l'inflammation des fosses nasales à la caisse du tympan par la trompe d'Eustache.

De notre côté nous croyons que l'otorrhée n'est une maladie de nature ni cachectique, ni scrofuleuse, ni syphilitique, mais bien une lésion de nutrition rappelant les altérations de l'oreille que nous avons obtenues par la section du grand sympathique et surtout du trijumeau, nerfs contenant les vaso-moteurs de l'oreille.

La sclérose paraît être produite de la même façon que la kératite parenchymateuse et l'otite interne qui l'accompagne principalement semblerait avoir les mêmes causes que l'affection labyrinthique qui se montre si fréquemment dans le cours de l'otite moyenne sèche. Mais nous n'avons pas de preuves anatomo-pathologiques à pouvoir fournir à l'appui de notre théorie.

Quant à l'otite interne primitive, elle apparaît subitement. Aussi ne pensons-nous pas qu'on puisse l'attribuer à une lésion nerveuse, mais plutôt à une altération vasculaire. C'est au reste ce que l'autopsie de plusieurs mort-nés nous permet d'affirmer nettement et notre théorie semble être confirmée par les résultats signalés

par Hinton pour la syphilis héréditaire et par Gruber entre autres pour la syphilis acquise.

Nous croyons bon de faire remarquer que nous avons aussi obtenu des lésions analogues par l'expérimentation sur les animaux auxquels nous avions pratiqué des blessures du bulbe entre le noyau de la racine descendante de la cinquième paire et de la première paire dorsale, sur le trajet des cordons restiformes, c'est-à-dire dans le point qui est considéré par Owsyannikow comme le centre vaso-moteur (1).

L'hémorrhagie du labyrinthe détruirait rapidement tout l'appareil contenu dans l'organe de Corti, comme nous avons pu nous en assurer dans nos expériences : d'où surdité brusque et complète.

Diagnostic. — Il est de toute importance de constater des signes évidents de syphilis héréditaire autres que ceux que l'on peut trouver du côté de l'oreille, car à eux seuls ces derniers ne nous paraissent guère suffisants pour faire le diagnostic de syphilis, à moins toutefois de revêtir le caractère de rapidité dont nous avons parlé à propos de la syphilis du labyrinthe. Il faut donc rechercher les diverses manifestations de la maladie vénérienne sur les autres organes, et connaître l'histoire de la famille.

L'otorrhée se montre toujours sans douleur, sans fièvre, elle est accompagnée de lésions des yeux ou des dents. Il est cependant parfois difficile de savoir si l'affection est due à la scrofule ou à la syphilis, au point que certains auteurs nient l'influence de cette dernière diathèse chez les enfants d'un certain âge. Dans ce cas, si les commémoratifs ne mettent pas sur la voie du diagnostic, le problème ne sera pas facilement résolu, d'autant plus que les deux diathèses peuvent se combiner.

Lorsque la sclérose de l'oreille moyenne se développera parallèlement avec une kératite parenchymateuse, le

(1) Sont-ce des altérations dues à la période asphyxique ?

diagnostic n'offrira aucune difficulté, car la sclérose n'est pas une maladie du jeune âge.

L'otite interne qui accompagne cette lésion ne détermine une surdité prononcée qu'au bout de quelques années; il est rare qu'elle produise un tel trouble en quelques mois. Mais il n'en sera pas de même dans celle qui vient plus rapidement. Cette dernière est caractérisée par une perte brusque de la perception osseuse qui est regardée par un grand nombre d'auteurs comme un signe pathognomonique d'otite labyrinthique par syphilis.

Pronostic. — Le nouveau-né atteint d'une lésion de l'oreille moyenne est exposé à toutes les conséquences de l'inflammation de la caisse, c'est-à-dire qu'il peut perdre l'ouïe. L'on sait que les enfants qui deviennent sourds avant l'âge de sept ans perdent l'usage de la parole; aussi le petit syphilitique est-il prédisposé à la surdi-mutité, comme l'ont fait observé Lombrieu, Guerder, etc. Dalby regarde même la syphilis héréditaire comme une cause très fréquente de surdi-mutité; selon lui, ce serait l'affection qui, après la scarlatine, fournirait le plus d'enfants aux établissements de sourds-muets.

A part la surdi-mutité, nous devons encore noter que ces enfants sont exposés aux conséquences de l'otorrhée dont l'issue est souvent fatale : carie du rocher, etc.

Une lésion de l'oreille interne détermine chez le nouveau-né une surdi-mutité incurable. Dans les cas d'otite labyrinthique primitive, le pronostic est encore grave, car cette affection résiste le plus souvent au traitement. Mais il n'en est pas de même de l'otite interne consécutive à la sclérose : cette dernière forme est après l'otorrhée la maladie qui est le plus susceptible d'être améliorée par le traitement; mais il faut alors que la lésion ne soit pas trop tardive et que des altérations profondes ne se soient pas encore produites.

Traitement. — Le traitement de la surdité dans la syphilis héréditaire doit être général et local.

Le traitement général ne diffère nullement de celui qui

est employé pour combattre les diverses manifestations de cette maladie; on emploie le mercure et l'iodure de potassium. Il sera bon de n'user qu'avec réserve des pré-préparations mercurielles, lorsque le traitement devra être appliqué à des enfants prédisposés à des affections nerveuses, comme le fait remarquer M. Besnier.

Les préparations auxquelles nous donnons la préférence sont l'onguent mercuriel, en friction, ou encore le sirop de Vidal :

Sirop de quinquina.....	950 grammes.
Bi-iodure de mercure.....	0, 30
Iodure de potassium.....	30 —
Eau distillée.....	50 —

De 1 à 4 cuillerées par jour.

Nous recommandons encore les injections sous-cutanées de sublimé :

Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gramme.
Chlorure de sodium.....	2 —
Eau distillée.....	100 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	0, 30 (1)

10 à 20 gouttes en injections dans la région lombaire. Les résultats ne sont guère apparents qu'après une série de 50 à 60 injections que l'on répète tous les deux jours. Nous en avons retiré de grands avantages dans la forme sèche avec otite interne consécutive.

Comme adjuvants, il est utile de donner des toniques, du quinquina, des ferrugineux et de conseiller l'hydrothérapie.

Le traitement local de l'otorrhée consiste en lavages avec de l'eau borique à 4 0/0 ou avec une solution de bichlorure de mercure au 1/2000 ou de biiodure au 1/5000 environ que l'on fait suivre d'insufflations d'acide borique, d'alcool borique, etc. Au reste, ce traitement ne présente aucune indication spéciale pour l'otorrhée syphilitique.

(1) Autrefois nous faisions usage de chlorhydrate de morphine.

Dans l'otite moyenne, on emploiera les douches d'air, ou de vapeurs iodées, ou les injections d'iodure de potassium, etc., les fomentations chaudes sur le tympan, et l'électricité à courants continus, en ayant soin d'appliquer le pôle positif sur la nuque et le pôle négatif dans l'oreille.

A ces courants continus, il faudra ajouter l'usage quotidien de la pilocarpine en injections sous-cutanées, dans les cas d'otite interne :

Nitrate de pilocarpine.....	0, 20 centigrammes.
Eau distillée.....	5 grammes.

De 2 à 5, 6 et même 8 gouttes.

Obs. I. 1883. — Mlle Ler.., née en 1876. Sa mère, dont nous avons communiqué l'observation à M. le professeur Fournier (voir de la période préataxique du tabes), a contracté la syphilis en se mariant. Cette dernière a eu 7 enfants : une fausse couche de six mois, un enfant à terme mort-né, un enfant mort à l'âge de trois mois, un quatrième à treize mois ; le cinquième qui est la malade, le sixième mort-né et le dernier bien portant.

Mlle Ler... a une double perforation des tympans. Lésions dentaires ; kératite intertitielle.

Obs. II. — Mlle V..., onze ans. Janvier 1885. — Son père a eu un chancre en 1871. Sa mère morte d'accidents syphilitiques (?) a fait sept fausses couches et eu deux enfants vivants, dont l'un est la malade, et l'autre une petite fille âgée de vingt-trois mois.

Il y a 2 ans, surdité des deux oreilles avec écoulements purulents et bourdonnements.

Perforation de la voûte palatine, destruction du pilier antérieur droit, et perforation du pilier postérieur du même côté. Lésions dentaires et oculaires.

Perception crânienne mauvaise.

Acuité auditive 0. D. = 0. 20.
0. G. = 0. 10.

Perforation de la moitié antérieure du tympan droit et cicatrices déprimées du côté gauche.

Obs. III.— M. B. G..., huit ans. Père vivant à l'étranger, mère a eu six enfants :

1° Une fausse couche ; 2° enfant venu à huit mois, mort-né ; 3° la malade ; 4° enfant mort à 3 mois ; 5° mort-né ; 6° enfant de vingt-un mois.

La malade a eu une kératite il y a 2 ans et demi, qui est revenue l'an dernier. Dents de Hutchinson aux incisives supérieures. Perforation de la voûte palatine, il y a 2 ans.

Actuellement acuité auditive à d. 0. 04 à la montre.
— — g. 0. 03 —
Perception crânienne, bonne à d.
— très mauvaise à g.

Sclérose avec exagération de tissu fibreux dans les parties voisines de la périphérie.

Obs. IV. — R., dix ans, décembre 1884. — Père syphilitique. Sa mère a eu huit enfants. L'aîné a vécu 2 mois, le second six semaines ; quatre fausses couches ; le septième enfant est une fille âgée de douze ans, chétive, pâle ; et le huitième, âgé dé dix ans, actuellement atteint d'otorrhée à gauche.

M. Besnier, auquel nous avons demandé un avis au sujet de ces enfants, nous a communiqué les renseignements suivants :

Fille : dents incisives médianes supérieures convergentes ; incisives latérales supérieures atrophiées (caninées). Développement cérébral à peu près suffisant.

Garçon : dents opaques. Erosions des incisives moyennes supérieures. Retard de l'intelligence, a besoin d'un éducateur spécial.

Perforation du tympan gauche et épaississement de la moitié inférieure du tympan droit, avec cicatrice de la partie antéro-moyenne. Cette oreille a coulé il y a cinq mois.

L'acuité auditive est de 0. 04 cent. à la montre à d.
— de 0.05 — — g.
Perception crânienne bonne.

Obs. V. — Sch..., dix-neuf ans. 1884. — C'est le troisième de cinq enfants dont trois sont mort-nés.

Dents d'Hutchinson.

Bourdonnements continus depuis trois mois, avec vertiges fréquents, puis il y trois semaines surdité subite en une nuit.

Perception crânienne et acuité auditive nulles.

Tympans normaux.

Le malade n'étant pas de Paris et ne pouvant pas s'y faire soigner, part sans traitement.

Obs. VI. — S..., dix-sept ans, 7 octobre 1884.— Sa mère a fait 3 fausses couches : une à six mois, l'autre à trois et la dernière à huit. Il est le quatrième enfant; à l'âge de dix ans, kératite interstitielle.

Bourdonnements continus depuis 2 ans, surdité très accentuée surtout à droite depuis la même époque. Elle est venue progressivement en 13 mois.

Dents d'Hutchinson. Perforation de la cloison nasale avec affaissement de la charpente osseuse, ozène.

Acuité auditive nulle. Perception crânienne nulle pour la montre. Il entend toutefois le diapason placé sur le crâne, quand les conduits auditifs ne sont pas fermés.

Frictions mercurielles pendant 2 mois. Iodure de potassium de 2 à 4 grammes par jour. Injection de pilocarpine. Insufflations d'air.

Au bout de 2 mois, la voix est entendue à droite. Au commencement d'avril, il peut suivre la conversation à table.

Nous avons revu ce malade il y a un mois environ. Il avait pu se placer dans une maison de commerce, comme commis de magasin.

Ce malade présentait une cicatrice assez grande du tympan droit avec développement fibreux très marqué sur les bords. Le tympan gauche était blanchâtre; il avait perdu son élasticité (sclérose).

Obs. VII. — Jeanne T... dix-huit ans. 6 mars 1883. — Père syphilitique. Mère bien portante. Quatre enfants :

l'aîné âgé de vingt-huit ans, bien portant; le deuxième mort à 3 mois et demi à la suite de taches de rougeur sur le corps et de boutons sur la figure; le troisième mort à l'âge de 2 mois d'accidents analogues, et le quatrième qui est la malade.

A l'âge de 2 mois, cette jeune fille avait eu des taches rouges avec plaies sur le corps; cette affection aurait duré 3 mois. Dents venues tardivement, au quatorzième mois.

Les incisives supérieures ont les caractères de la dent d'Hutchinson.

Il y a 3 ans, iritis et kératite parenchymateuse, d'après le diagnostic de l'oculiste qui l'a soignée; il y a un an surdité subite à droite et 15 jours après surdité brusque à gauche.

La malade n'entend ni la montre ni la voix. Elle lit sur les lèvres. Perception crânienne nulle.

Le tympan droit est normal; à gauche, la membrane est légèrement attirée vers l'oreille interne.

Traitement : Injections sous-cutanées de bichlorure ou frictions mercurielles et iodure de potassium, alternativement. Injection de pilocarpine pendant 6 semaines. Elect. courants continus.

Au bout d'un mois, la mère nous dit que sa fille entend la voix quand on lui parle le dos tourné, mais ne distingue pas les paroles.

Elle continue son traitement pendant près de cinq mois.

Sa mère nous écrivait, le 24 novembre 1884, qu'elle était mariée et qu'elle entendait actuellement la parole suffisamment pour suivre une conversation avec une personne placée auprès d'elle.

Obs. VIII. — M. G..., seize ans. Il y a quatre ans, à la suite de maux d'yeux (kératite), bourdonnements (sifflements, chants d'oiseaux, musique) aujourd'hui continuels. Vertiges. Surdité venue progressivement en quatre ans, puis en une nuit la surdité augmente tellement qu'à son réveil la malade n'entend plus rien.

Perception crânienne et acuité auditive nulles.

Tympan droit, épaississement par places.

Tympan gauche piqueté, blanchâtre. On dirait un semis de flocons de neige.

Elle est la onzième de 16 enfants : le premier mort à un an, les deux suivants mort-nés, le quatrième bien portant, puis une fausse couche et un mort, un septième a vécu 6 mois, le huitième mort-né, le neuvième bien portant, le suivant mort-né ; la malade est la onzième enfant; après elle deux fausses couches, puis un garçon vivant, ensuite un enfant qui a vécu 17 mois, mais est mort après avoir eu des taches sur la peau. Le seizième est mort-né à 7 mois.

Traitement. — Frictions mercurielles, puis injections sous-cutanées de bichlorure et de pilocarpine, électrisation à courants continus.

La malade est encore en traitement. Elle a commencé par entendre le roulement des voitures, puis la voix d'une personne placée derrière elle. Elle est manifestement améliorée.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de l'oreille et leur traitement (*Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung*), par le Dr Arthur Hartmann, de Berlin.

Troisième édition revue et augmentée de la première parue en 1881. Les faits parlant seuls, je n'ai pas besoin d'en faire l'éloge. Pour donner une opinion de la valeur de ce livre il me suffira, je crois, de reproduire quelques passages que je prendrai presque au hasard.

Les expériences de l'auteur, par exemple, au sujet de l'examen de l'ouïe au moyen des diapasons de différentes hauteurs, pourraient offrir quelque intérêt particulier! Voici à quel résultat, pour le diagnostic des différents états pathologiques de l'oreille, l'auteur est arrivé :

Il distingue quatre types :

1° Diminution à peu près égale de la perception des sons du diapason par l'air; bonne perception par le crâne : ce symptôme indique une affection aiguë ou chronique de l'oreille moyenne ;

2° Mauvaise perception des sons bas, s'améliorant progressivement pour les tons élevés ; meilleure perception surtout des sons bas par le crâne que par l'air : on a alors affaire à des processus pathologiques, faisant supposer une ankylose de l'étrier dans la fenêtre ovale, à la suite d'otite moyenne purulente, ou suite de processus chronique sclérémateux;

3° Bonne perception des sons bas, allant en diminuant pour les sons hauts ; perception crânienne diminuée surtout pour les sons élevés : on trouve cette forme chez les chaudronniers, les artilleurs, et dans les affections de l'appareil nerveux ;

4° Perception irrégulière pour les sons de différente hauteur par l'air et par le crâne; ici se trouvent des formes de toutes espèces : mauvaise perception des sons élevés et bas, bonne des sons moyens, ou, au contraire, mauvaise perception des sons moyens et bonne des sons élevés et bas, etc., etc. La perception crânienne, pour certains groupes de sons est tantôt augmentée, tantôt diminuée, ou complètement supprimée : cette forme de perception irrégulière existe, quand l'appareil nerveux est atteint d'une façon inégale. Souvent il s'agit en même temps d'une affection de l'appareil conducteur des sons. Le diagnostic d'une affection du labyrinthe peut être posé avec certitude, quand il y a des lacunes dans la perception des sons !

Dans le chapitre sur les complications qui surviennent au cours de l'inflammation purulente de l'oreille moyenne, l'auteur ne se montre pas seulement partisan de ses propres opinions, mais il a aussi le mérite d'avoir vulgarisé une méthode qui, bien que déjà indiquée par Toynbee, n'en était pas moins inconnue de la plupart des praticiens. C'est ainsi que s'il y a dépôts de matières et formation de cholestéatomes, il faut écarter, en premier lieu, tous les obstacles au libre écoulement des matières sécrétées. On enlève les polypes, on élargit les perforations du tympan qui sont trop petites, on dilate les rétrécissements du méat auditif.

Pour nettoyer l'oreille, la manière ordinaire de faire des injections par le conduit auditif ou par les trompes, en faisant passer les injections à travers la sonde, est insuffisante pour atteindre les sécrétions amassées dans la partie postéro-

supérieure de la cavité tympanique, ainsi que dans l'apophyse mastoïde; on est alors obligé de diriger le jet de liquide directement contre ces masses. A ce propos, on emploie un tube métallique recourbé *ad hoc*. L'auteur donne la description et le mode d'emploi du tube métallique, qu'il a construit à cet usage.

Le lecteur voit, par ce qui précède, qu'il y a avantage à faire plus ample connaissance avec le livre de M. Hartmann et nous l'engageons fort à le faire (3e édit. 1885, chez Fischer, lib.-édit., Berlin). L. BAYER.

Du rhinosclérome de la muqueuse *(Das Rhinosklerom der Schleimhaut)*, par les Drs O. CHIARI, docent de laryngologie, et G. RIEHL, docent de dermatologie et de syphilis à l'Université de Vienne.

Les auteurs, se basant sur 13 observations personnelles, dont 12 inédites, qu'ils rapportent en détail, et sur 24 cas contenus dans la littérature médicale, donnent une description complète du rhino-sclérome de la muqueuse.

Comme celle de la peau, l'affection de la muqueuse est caractérisée par une infiltration dure, survenant sans prodrômes et affectant la forme diffuse ou la forme de tubercules ou de plaques. Le rhino-sclérome de la muqueuse est une maladie excessivement lente, moins lente cependant que celui de la peau. Les tubercules peuvent atteindre le volume d'une noisette et se forment soit par groupe, soit isolément. Ils sont durs comme l'ivoire et gardent très souvent leur épithélium intact, mais ils présentent parfois des érosions superficielles. La masse elle-même du tubercule ne se ramollit jamais, mais la terminaison se fait par résorption et formation d'une cicatrice fibreuse, avec ratatinement des parties voisines. Il en est de même du rhino-sclérome diffus et du rhino-sclérome en plaques.

La partie postérieure du voile du palais et la muqueuse des choanes paraissent être les premiers atteints. L'affection de là se propagerait d'un côté à la peau du nez et de l'autre au pharynx et au larynx. Quoi qu'il en soit, dans la plupart des cas, le rhino-sclérome de la muqueuse précède celui de la peau, ainsi que l'avait déjà fait observer Kaposi. La forme

tuberculeuse du rhino-sclérome se montre surtout dans les fosses nasales qui sont bientôt complètement obstruées, et sur la face postérieure du voile du palais, tandis que la face antérieure et les piliers présentent surtout la forme diffuse de cette affection. Rarement la paroi postérieure du pharynx est atteinte, elle ne présente alors que des infiltrations diffuses. L'orifice de la trompe paraît, dans quelques cas, avoir été pris. On rencontre rarement des cicatrices sur la base de la langue, et on n'en trouve jamais de trace sur la partie antérieure de cet organe. Les végétations tubéreuses du voile du palais peuvent se propager à la voûte palatine et s'ulcérer alors par le passage des aliments. La muqueuse de la cavité buccale antérieure se trouve aussi fort souvent affectée, surtout à une période avancée de l'affection de la peau.

Dans neuf cas, on a constaté sur la muqueuse du larynx des lésions du rhino-sclérome. Mais étant donné que jamais le pharynx latéral, la base de la langue, et rarement l'épiglotte ne présentaient des traces d'infiltration, on ne peut pas considérer l'affection du larynx comme étant produite par propagation mais comme constituée par des foyers isolés du rhinosclérome.

Dans le larynx, l'affection affectait surtout les cordes vocales qui présentaient l'aspect de chordite vocale inférieure hypertrophique chronique. Dans quelques cas les aryténoïdes et les replis ary-épiglottiques étaient aussi malades. L'affection ne débute jamais avant l'époque de la puberté, et deux malades seulement avaient dépassé 40 ans, lorsqu'ils furent atteints de cette maladie.

Les malades n'éprouvent aucune douleur, c'est pour cette raison que le rhinosclérome de la muqueuse reste inaperçu. Le malade ne s'aperçoit de sa maladie que lorsque la voix devient enrouée, la respiration gênée et quand se produisent les symptômes d'obstruction des fosses nasales. Seuls les tubercules du palais occasionnent des douleurs au passage des alimen ts

La mort peut se produire par sténose laryngée, mais d'autres complications (érysipèle, etc.) peuvent survenir et

compromettre la vie du malade. L'affection par elle-même n'amène pas la mort.

Le rhinosclérome de la muqueuse, à l'inverse de celui de la peau, guérit parfois par places, mais il ne disparaît jamais totalement. Le traitement du rhinosclérome de la muqueuse est simplement symptômatique et consiste à obvier aux fâcheuses conséquences d'une obstruction des fosses nasales, d'une adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx ou d'une sténose laryngée.

Mais il ne suffit pas d'extirper les végétations soit à l'aide de caustiques, soit par le cautère, elles se reproduisent en effet rapidement. Il faut, par exemple, dans les fosses nasales, maintenir libre la cavité à l'aide de sondes à demeure. Dans le larynx le tubage a donné d'assez bons résultats.

Les injections interstitielles de liquides médicamenteux (liqueur de Fowler, ac. salicylique, ac. phénique, etc.) ont amené dans quelques cas où elles ont été essayées, des gangrènes circonscrites de la voûte palatine et du voile du palais; dans d'autres cas, on a réussi par cette méthode à déterminer l'affaissement des tubercules.

Le diagnostic différentiel entre cette affection et la syphilis et le lupus, n'offre aucune difficulté.

C'est lorsque la muqueuse seule est atteinte par le rhinosclérome que le diagnostic peut être difficile. Au début, les infiltrations du rhinosclérome se présentent sous forme de plaques ou de tubercules nettement circonscrits et durs, tandis que l'infiltration syphilitique présente un gonflement velouté de la muqueuse, avec inflammation des parties voisines. Plus tard, la différence s'accentue, car l'infiltration syphilitique se ramollit et amène des ulcérations caractéristiques, tandis que le rhinosclérome ne se ramollit tout au plus qu'à la surface.

Un symptôme remarquable est la marche lente du rhinosclérome, tandis que la syphilis, en quelques semaines, aboutit à un processus destructif. Le gonflement ganglionnaire est peu prononcé dans le rhinosclérome, il n'en est pas de même dans la syphilis. Enfin, le traitement spécifique est inefficace dans le rhinosclérome.

Le rhinosclérome ressemble fort peu au lupus. La mollesse des petits tubercules du lupus; la profondeur des ulcérations, permettent de distinguer aisément cette affection des infiltrations dures et légèrement ulcéreuses du rhinosclérome.

Les lésions laryngées du rhinosclérome diffèrent des lésions analogues de la syphilis ou de la tuberculose, par ce fait, que ces dernières s'ulcèrent facilement, ce qui n'a pas lieu pour le rhinosclérome. Seule, la chordite inférieure qu'on observe dans la blennorrhée de Stoerk, ressemble au rhinosclérome du larynx, à tel point que Ganghofner ne fait aucune différence entre ces deux affections.

En terminant cette étude, les auteurs admettent l'opinion des écrivains qui voient dans le rhinosclérome, un néoplasme, formé par des tissus embryonnaires (Granulationsgeschwulst). Les coupes histologiques du rhinosclérome de la muqueuse, donnent les mêmes résultats que celles du rhinosclérome de la peau. Ce travail contient un tableau statistique et une planche coloriée. (Tirage à part du *Zeitschrift f. Heilkunde*, Band VI, chez F. Tempsky, Prague, 1885.)

Dr L. Lichtwitz.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

De la « Leucoplasie buccale » (Leucoplasia oris) (*Uber Leukoplakia oris*), par le Dr Ph. Schech, Docent à Münich.

Les noms « Psoriasis, Ichthyose, Tylosis, Keratosis buccalis, Glossodynie exfoliatrice, » etc.., s'appliquent au même processus pathologique.

Schech préfère l'expression adoptée par Schwimmer de « Leucoplasia oris » et il nous en fait une description intéressante :

La leucoplasie de la bouche est de sa nature un processus inflammatoire chronique, en même temps une néoplasie de l'épithélium, dont les couches supérieures deviennent après un certain temps cornées; mais en dehors de ces chan-

gements morphologiques, on trouve, d'après Schuchard, dans les couches situées au-dessous des épithéliums cornés, une substance chimique, l' « Eleidine, » qui est en rapport intime avec la formation de ces derniers.

La leucoplasie choisit comme siège de préférence la muqueuse des lèvres, des joues, des coins de la bouche, les parties supérieures et latérales de la langue, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle atteint la partie inférieure.

On voit d'abord des taches rougeâtres, circonscrites, qui deviennent ensuite opaques, laiteuses, blanc bleuâtre, comme si l'on avait passé avec un crayon de nitrate d'argent sur la muqueuse; plus tard, elles deviennent mates, argentées, ou blanc jaunâtre, s'épaississent et forment ainsi une superficie veloutée, inégale, rugueuse; ou si les papilles sont plus développées, elles produisent des proéminences verruqueuses, épineuses, cuirassées, dures comme du cartilage. A cette période, on trouve très souvent dans les taches des sillons plus ou moins profonds, des rhagades, surtout aux lèvres et sur la langue, parties qui sont le plus en mouvement. Après la guérison de ces fissures restent souvent des cicatrices déprimées au centre et élevées sur leurs bords. Jamais, dans cette affection, on ne trouve d'ulcération.

Quelques malades n'en souffrent aucunement tandis que d'autres accusent une sensation de brûlure désagréable, une grande sensibilité pour la parole, pour le boire et le manger, surtout les mets épicés, salés, pour les spiritueux et pour le fumer. Ces souffrances peuvent paraître passagèrement, disparaître et revenir. L'affection devient douloureuse quand il y a rhagades, fissures ou excroissances volumineuses. La durée en est illimitée. La guérison complète est une exception.

Le diagnostic n'offre pas grande difficulté. Le plus souvent on la confond avec les plaques syphilitiques jusqu'à ce que l'inutilité du traitement antisyphilitique ou plutôt son mauvais effet démontre qu'on a fait fausse route. D'ailleurs, les plaques syphilitiques sont d'une durée beaucoup plus courte, tandis que pour la leucoplasie la persistance est caractéristique. Les plaques syphilitiques forment des érosions et ulcé-

rations superficielles, elles sont d'un blanc sale, et se développent fréquemment à la partie inférieure de la langue, sur le plancher buccal et sur le palais.

Le pronostic de la leucoplasie est douteux; d'abord les guérisons complètes sont exceptionnelles, ensuite l'affection prédispose particulièrement au cancer des lèvres, des joues et de la langue.

Quant à l'étiologie, il est certain que le tabac en est une des causes les plus fréquentes; on ne peut cependant exclure les autres irritants tels que l'action de mâcher le tabac, les dents rugueuses, cariées, l'abus des spiritueux. Contrairement à Kaposi et Zeissl, dont l'un attribue l'affection à la syphilis, l'autre au sublimé, l'auteur soutient qu'elle n'est aucunement un produit direct de la syphilis, et encore moins, une plaque muqueuse à l'état permanent; tout au plus pourrait-on admettre que les syphilitiques y sont prédisposés en ce sens, que des traitements mercuriels souvent répétés et prolongés produisent une irritation de la muqueuse buccale, qui atteint un degré plus fort, surtout s'il y existe encore d'autres agents nuisibles.

Le traitement sera dirigé contre les causes. L'état général devra être soigné en même temps que l'affection locale. (*Aerztl. Intelligenzblatt*, n° 40, 1885. Tirage à part.)

BAYER.

Trois cas d'affections peu communes de la langue (*Three cases of unusual diseases of the tongue*), par le Dr Gilbert BARLING.

Il s'agit d'un homme âgé de soixante-quinze ans qui s'était aperçu vingt ans auparavant que les bords de la langue commençaient à s'hypertrophier. Cette hypertrophie était produite par des tumeurs élastiques non fluctuantes occupant les bords de la langue Le centre de la langue était sain. En raison de son âge, on ne crut pas devoir opérer le malade.

Dans le second cas il s'agit d'un fibrome congénital chez un enfant de dix-huit mois. Il fut enlevé au bistouri. Dans le troisième, il s'agit d'un cas de division congénitale de la voûte palatine et de la langue, avec un lobe médian (*The Brit. Med. Journ.*, 5 déc. 1885). Dr J. CH.

Mobilité anormale de la langue avec possibilité de la projeter dans la cavité naso-pharyngienne (*Abnormal mobility of the tongue with ability to project into the naso-pharynx*).

Le malade syphilitique atteint de rhino-pharyngite souffrait beaucoup de mucosités accumulées et desséchées sur la paroi postérieure du pharynx. Il parvint, après quelques efforts, à nettoyer lui-même avec la langue la cavité naso-pharyngienne, ce qui le soulageait beaucoup. Le frein de la langue était rompu en plusieurs places. (*The med. Record*, 14 nov. 1885.)

Dr J. Charazac.

Contribution à l'étude des anomalies des amygdales; communication de deux cas (*Casuistische Beiträge zur Lehre von den Anomalien der Gaumentonsillen*), par le docteur A. Juraez, professeur à Heidelberg.

Le premier cas concerne une amygdale pendante (*tonsilla pendula*) observée chez un jeune homme de dix-huit ans, qui avait toujours la voix nasillarde. A l'inspection pharyngienne on ne voyait d'abord rien, mais tout à coup apparaissait sans bruit aucun, subitement et d'une manière inattendue, une tumeur, sortant des profondeurs du pharynx et remplissant rapidement toute l'entrée de la gorge. La tumeur, de couleur blanc grisâtre, était molle, globulée, de la grosseur d'un œuf de poule, et provenait des parties profondes du pharynx du côté droit. Elle fut enlevée au moyen de l'écraseur et l'examen détaillé macroscopique et microscopique révéla sa nature tonsillaire.

Dans le second cas d'amygdale accessoire (*tonsilla accessoria*) il s'agissait d'une dame de trente ans, dont les symptômes étaient les mêmes que les précédents; l'auteur découvrit au moyen de l'examen rhinoscopique une tumeur ayant la grosseur d'une noisette; elle avait une superficie homogène rouge et bosselée, et était implantée par une large base au-dessous du bourrelet de la trompe droite à la partie supérieure du repli pharyngien. Elle fut enlevée au moyen de l'anse galvanique et l'examen macroscopique et microscopique démontra qu'il s'agissait de tissus amygdaliens. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885). L. B.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Note sur l'atropine dans le coryza aigu (*A note on Atropia in acute coryza*), par le Dr Gray.

L'auteur n'a pas la prétention d'émettre une idée nouvelle, mais il veut encourager des praticiens à faire usage de l'atropine dans le coryza aigu. La première fois qu'il en a fait usage, c'était chez un adulte atteint d'un rhume de cerveau très intense. Céphalalgie intense, sensation de brûlure dans le nez, etc. Il prescrivit l'atropine à la dose de trois milligrammes et fit répéter cette dose quatre heures après; le lendemain le malade était guéri. Depuis lors il a employé ce remède à toutes les périodes de cette affection et s'en est fort bien trouvé. On pourrait objecter que ce remède peut amener des troubles de la vision, mais la dose absorbée n'est pas suffisante pour produire la mydriase. (*Med. News*, 5 décembre 1885.) Dr J. Charazac.

Quelques considérations sur la cause et le traitement du coryza aigu (*Suggestions in regard to the causation and treatment of acute coryza*), par le Dr Austin Flint.

Le coryza aigu constitué par ce qu'on appelle vulgairement un *rhume de cerveau* (cold in the head) serait le premier stade de développement d'une maladie épidémique connue sous le nom de grippe ou influenza.

Quand une personne est enrhumée du cerveau, les fosses nasales sont tout d'abord malades. Tout peut s'arrêter là, mais le plus souvent l'inflammation se propage aux arrière-fosses nasales, au pharynx, au larynx, aux poumons. Quand cette succession se produit, on ne peut incriminer le froid, et l'auteur croit préférable de rapporter l'affection à un micro-organisme.

Les agents généralement employés pour le combattre viennent à l'appui de cette idée, tous en effet sont antiseptiques, entre autres le remède de Brand si en honneur en Allemagne et qui se compose d'acide phénique 4 gr. 50, alcool 1 gr. 50, ammoniaque liquide 4 gr. 50, eau distillée 10 gr. Imbiber de cette solution une éponge que l'on place

dans un cornet de papier et inhaler les vapeurs par le nez.

Au reste, la théorie parasitaire du coryza n'est pas nouvelle. Henry Holland, en 1839, l'a soutenue. Hueter, Biermer, etc., considèrent qu'il est produit par une bactérie. (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 4 novembre 1885.)

Dr J. Charazac.

Production du soit-disant « coryza des roses » à l'aide d'une rose artificielle (*The production of The so-called « Rose-Cold » by means of an artificial rose*), par le Dr John N. Mackensie, de Baltimore.

C'est une curieuse observation que celle rapportée par le Dr Mackensie. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, mère d'un seul enfant, qui depuis l'âge de six à huit ans, est sujette à de nombreuses attaques de coryza. Mais depuis quinze ans les attaques ont été très intenses. C'est en mai ou au commencement de juin qu'elles surviennent. Elles présentent tous les caractères du « Rose Cold » et les paroxysmes sont déterminés par un très grand nombre de causes mais en particulier par les roses, dont la seule vue détermine un accès très aigu. Sous l'influence du traitement institué par le Dr Mackensie, l'état de la malade s'était considérablement amélioré; l'auteur voulant alors démontrer que les roses n'exerçaient sur la malade qu'une action réflexe, fit faire une rose artificielle par un ouvrier fort habile, de telle sorte que l'on pouvait parfaitement s'y méprendre. Pour éviter toute cause d'erreur, chaque pétale avait été soigneusement essuyé afin d'en enlever toute particule étrangère. Quand la malade entra dans le cabinet du Dr Mackensie, elle affirma se trouver beaucoup mieux que d'habitude. Celui-ci alors lui présenta la rose artificielle, aussitôt la malade fut prise d'une attaque très violente La surprise fut grande quand M. Mackensie lui dit que c'était une rose artificielle. Elle partit de mon cabinet, dit l'auteur, avec un coryza très intense, mais aussi avec l'espoir que sa maladie n'était pas incurable. Quelques jours après, en effet, elle pouvait bourrer ses narines de pétales et de pollen de rose sans déterminer le moindre symptôme réflexe (*Amer. Journ. of the Med. Sc.*, Janv. 1886).

Dr J. Ch.

Observations rhinologiques (*Rhinologische Kasuistik*), par le Dr O. Chiari.

I. — *Un cas de rhinolithe.* — Il s'agissait d'une jeune femme qui depuis dix ans était atteinte d'une obstruction de la fosse nasale droite et d'un écoulement purulent du même côté. Elle avait également souffert de temps en temps de mal de tête, occupant surtout la région occipitale. A l'examen rhinoscopique, le Dr Chiari constata un gonflement et de la rougeur du cornet inférieur droit; au toucher avec la sonde, au milieu du méat inférieur de ce côté, on percevait un corps rugueux et de la dureté de l'os.

La rhinoscopie postérieure ne permit pas de voir l'extrémité postérieure de ce corps. Après plusieurs tentatives, l'auteur réussit à détacher quelques morceaux, puis à l'écraser avec beaucoup de force et enfin à l'extraire. C'était un corps rhomboïde de 2 centimètres de long, de 1 à 1 centimètre 1/2 de large et épais de 1/2 à 1 centimètre, constitué par un bouton mécanique et des concrétions calcaires (phosphates et carbonates de chaux).

L'auteur ajoute à cette observation quelques remarques générales sur les rhinolithes et donne à la fin un index bibliographique de tous les cas de cette affection, au nombre de 49, observés jusqu'à nos jours.

II. — *Un cas d'occlusion (fermeture) membraneuse des deux orifices postérieurs du nez.* — Il s'agissait d'une femme de 70 ans qui, depuis sa première enfance, avait le nez obstrué. A droite cette obstruction avait toujours été complète, tandis qu'à gauche il passait un peu d'air de temps à autre.

Bien que forcée toute sa vie de respirer par la bouche, son état général avait toujours été bon. Seule l'ouïe avait été faible à droite et depuis les dernières années, elle souffrait de névralgies frontales et sus-orbitaires des deux côtés.

A l'examen rhinoscopique antérieur on constatait l'existence d'un épaississement des cornets, surtout du côté droit, et les fosses nasales étaient remplies d'un mucus visqueux et blanchâtre.

L'examen rhinoscopique antérieur fit découvrir une paroi

lisse et rouge couvrant les deux orifices postérieurs du nez. Sur la partie gauche, cette partie était perforée en deux points très rapprochés l'un de l'autre. A l'aide de la sonde on pouvait aussi constater que cette paroi était fermée par une membrane mince qui recouvrait non seulement les orifices, mais aussi les parois latérales du pharynx et les orifices des trompes. Comme on ne pouvait découvrir de traces de syphilis ou de blennorrhée chronique, l'auteur porta le diagnostic de formation membraneuse dans la cavité naso-pharyngienne congénitale, ou acquise pendant l'enfance, de cause inconnue.

Le Dr Chiari dilata les deux petits orifices du côté gauche à l'aide de bougies en plomb graduées, et plus tard il les réunit avec le galvanocautère. A droite, il put seulement réussir à percer la membrane en deux points avec ces bougies, la malade très âgée, affaiblie par ces opérations, pourtant très légères, ne permit pas d'autres tentatives. Toutefois, elle respirait déjà assez librement à gauche et par instant un peu du côté droit.

L'ouïe s'améliora un peu. Mais les névralgies revinrent en hiver. L'auteur rappelle un cas analogue observé et publié par Schroetter. (*Wiener med. Wochenschr.*, nos 46 et 48, 1885). Dr L. L.

Papillomes des fosses nasales, par le Dr Aysaguer.

L'auteur rapporte deux cas de papillomes des fosses nasales.

Le premier concerne une femme de trente-cinq ans, chez laquelle les papillomes remplissaient presque toute la cavité gauche. Ils prenaient naissance sur le cornet inférieur, le plancher et la cloison.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de trente-huit ans qui portait deux tumeurs ayant le volume d'un haricot et siégeant dans le tiers antérieur du plancher de la fosse nasale gauche.

Dans les deux cas, l'auteur pratiqua l'extirpation avec l'anse galvanique.

L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à des papillomes vrais et non à des papillomes combinés d'adénome, d'angiome ou de sarcome qui constituent la plus grande partie des 14 cas décrits par Hopmann.

Les faits de papillomes vrais sont rares, comme le dit Morel-Mackenzie.

L'auteur croit que les papillomes du nez ne récidivent pas si facilement que ceux du larynx, étant donné qu'on arrive bien mieux à extirper radicalement les papillomes du nez à l'aide de l'anse galvanique. On peut, en outre, faire des cautérisations galvaniques qui sont plus difficiles à pratiquer pour les papillomes du larynx. (*Annales des mal. de de l'oreille, etc.*, n° 5, nov. 1885). Dr L. L.

Conjonctivite chronique sous la dépendance d'une affection des tissus des fosses nasales (*Chronic conjunctivitis dependent upon disease of the intra nasal tissues*), par le Dr Gordon.

La conjonctivite résulte assez fréquemment de l'inflammation des fosses nasales, rhinite chronique avec hypertrophie des cornets. L'auteur rapporte deux observations de ce genre; l'affection oculaire fut guérie après le traitement et la guérison de l'affection des fosses nasales. (*Journal of Amer. Med. Assoc.*, 14 novembre 1885.) Dr J. Ch.

Quelques observations sur la théorie de l'asthme bronchique (*Some observations on the theory of bronchial asthme*), par le Dr Andrew Clark.

Dans cet article le Dr Clark fait observer que dans la production de l'hay fever il existe deux ordres de causes. Les malades qui en sont atteints doivent en effet présenter une prédispositiou spéciale, il faut en outre qu'à cette prédisposition vienne s'ajouter une substance irritante quelconque qui joue le rôle de cause efficiente immédiate. Cette prédisposition existe évidemment, puisque les mêmes agents produisent la maladie chez certains individus et ne la produisent pas chez d'autres. Les antécédents héréditaires paraissent jouer

un certain rôle dans la production de l'affection, et les personnes qui en sont atteintes sont plus ou moins « névropathes. »

L'asthme est souvent associé à l'hay fever, d'après l'auteur, la cause de l'asthme résiderait dans une sensibilité spéciale de la muqueuse des voies respiratoires. (*The Amer. Journ. of the med. Sc.*, janv. 1886.) Dr J. Ch.

LARYNX ET TRACHÉE.

Y a-t-il un centre cortical du larynx? par le Dr Lannois.

Les physiologistes Beaunis, Vulpian admettent que le centre nerveux de la phonation a son siège dans la moelle allongée. Existe-t-il un centre cortical psychique présidant à la phonation? On devrait l'admettre *a priori*. Pour le démontrer, il faut recourir à l'expérimentation et à la clinique.

Les expériences de Duret n'ont pas fait faire un grand pas à la question, mais celles de Krause l'ont fait entrer dans une phase plus précise. Il semblerait en résulter que dans la portion de l'écorce cérébrale, constituée par le *Gyrus præfrontalis*, existe une région qui préside non seulement aux mouvements des muscles antérieurs du cou, mais encore aux mouvements du larynx et de la gorge.

La clinique ne fournit pas beaucoup de données pour trancher la question. Durand Fardel, Aug. Duval, Luys, etc., ont cependant publié des observations qui démontrent bien l'action directe du cerveau sur l'acte de la phonation. Mais ce qui résulte le plus clairement de tous les faits rapportés jusqu'à ce jour, c'est qu'il existe dans le cerveau des points dont la lésion entraîne des troubles dans les mouvements des cordes vocales qui président à l'émission normale de la voix. Ce n'est là qu'une conclusion assez vague.

Seguin admet que c'est la troisième circonvolution frontale droite, chez les droitiers, qui est en connexion fonctionnelle intime avec les muscles commandant les mouvements d'articulation et de phonation. B. Delavan admet l'opinion de Seguin. Pour lui, il y a un centre cortical du larynx et ce

centre, situé à droite, serait voisin de la circonvolution de Broca.

Quoi qu'il en soit, la lumière est loin d'être faite à ce sujet et pour trancher la question il est besoin d'autres études expérimentales et cliniques. (*Revue de Méd. et de Chirurgie*, août 1885.)

Dr J. Ch.

Paralysie du larynx, relation de trente-deux cas (*Paralysis of the larynx with report of thirty-two cases*), par le Dr Johnson.

L'auteur rapporte trente-deux cas de paralysie du larynx: cinq d'origine hystérique; deux d'origine catarrhale; deux consécutifs à la fièvre typhoïde; quatre avaient pour cause la syphilis; cinq étaient d'origine centrale; sept provenaient de la compression des récurrents. Les autres ne sont pas classés par l'auteur. (*N. Y. Med. Journ.*, 14 novembre 1885.)

Dr J. Ch.

De la tuberculose laryngée considérée dans ses rapports avec celle de la peau, par le Dr C. Leroy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Le but de ce travail est de démontrer que le processus tuberculeux présente sur le larynx beaucoup d'analogies avec celui que l'on observe sur la peau. L'auteur a suivi la filière des lésions que l'on rencontre dans la tuberculose laryngée, depuis l'état le plus simple jusqu'aux formes hypertrophiques et ulcéreuses les plus accentuées.

Les ulcérations dans la tuberculose laryngée ont des origines qui sont aussi variables que leur aspect. Au point de vue du siège il y a une grande distinction à établir entre les ulcérations des cordes vocales inférieures et celles des autres parties du larynx. Pour ce qui est des dernières, elles sont *nécrosiques* ou *glandulaires*. Les ulcérations glandulaires ou folliculaires sont le résultat de la transformation caséeuse qu'ont subie les glandes de la muqueuse à la suite d'une infiltration embryonnaire de nature tuberculeuse. Le travail ulcératif qu'elles occasionnent peut aller jusqu'au cartilage. Elles ne s'étendent guère en surface, arrêtées qu'elles sont par le pro-

cessus scléreux qui attaque les parties voisines. Les ulcérations présentent la plus grande analogie avec celles de la syphilis.

Le mécanisme par lequel se forment les ulcérations des cordes vocales inférieures forment un chapitre à part de la phtisie laryngée. On doit étudier les cordes vocales inférieures : 1° à la période ulcérative ; 2° à une période où toute perte de substance fait défaut. L'état opalin ainsi que les érosions et les exulcérations des cordes vocales inférieures n'ont rien de commun avec les ulcérations proprement dites. L'état opalin, les érosions et les exulcérations appartiennent à un même groupe de lésions. C'est aux dépens du corps muqueux de Malpighi que se produisent ces différents états, mais le procédé varie suivant que l'on a affaire aux érosions ou aux exulcérations. Dans les érosions l'épithélium est détruit par un processus analogue à celui que l'on connaît sous le nom de désagrégation moléculaire. Elles siègent à la base et sur le bord libre de la corde vocale inférieure ; elles se présentent sous l'aspect d'une petite tonsure ou d'un collerette. Les exulcérations, d'une façon générale, correspondent à ce qu'on a appelé ulcération en coup d'ongle ou ulcération linéaire, elles ne sont pas le résultat de la fonte des produits tuberculeux et le point de départ d'ulcérations plus avancées, mais elles résultent d'une altération épithéliale analogue à ce que Leloir a décrit sous le nom d'altération cavitaire. Ce qui caractérise le processus tuberculeux siégeant sur les cordes vocales inférieures, c'est la tendance extrême qu'il a à faire des tissus scléreux ou des bourgeons charnus organisés.

On voit des ulcérations vraies sur les cordes vocales inférieures, mais d'une façon générale, elles ne sont pas plus le résultat de la fonte des tubercules que les ulcérations dont nous venons de parler, elles sont la conséquence du travail hypertrophique ou bourgeonnant. Il se fait sur les cordes vocales un processus analogue à ce qui se passe dans certaines variétés de lupus où la lésion se manifeste par des troubles épithéliaux.

On constate de nombreux changements dans les glandes, le

chorion et l'épithélium. Les altérations glandulaires sont très nettes, mais les modifications anatomiques dont elles sont le siège ne permettent pas cliniquement de désigner cette période sous le nom de catarrhale. Les altérations des glandes sont de nature tuberculeuse, mais à côté de ces glandes ainsi altérées évoluent des lésions conjonctives du chorion muqueux qui sont contemporaines. Aussi, pour bien comprendre l'évolution de la tuberculose dans le larynx, doit-on s'attacher à envisager les lésions dans leur ensemble. Ces lésions, tout à fait analogues à ce qui se passe sur la peau, appartiennent à deux modes : 1° type scléro-caséeux ; 2° type scléreux pur.

Par surcroît d'analogie, on peut voir survenir tardivement à côté de ces lésions, restées longtemps stationnaires, des poussées nouvelles qui varient depuis l'œdème lymphangitique de nature tuberculeuse, jusqu'à l'infiltration tuberculeuse complète de la muqueuse. Ces lésions, dans le larynx comme sur la peau, présentent alors les caractères typiques de la granulation tuberculeuse. Les glandes, après avoir subi différentes modifications, arrivent à la transformation vitreuse propre à la tuberculose.

Les lésions de la tuberculose du larynx présentent la plus grande analogie avec celles du *lupus* de la peau dans ces deux formes *exedens* et *non exedens*.

La phtisie laryngée est une, il n'y a pas lieu de distinguer une laryngite dite des tuberculeux et une laryngite tuberculeuse. (*Arch. de Phys. norm. et pathol.*, 30 septembre 1885.)

Dr J. Charazac.

Le traitement local de la tuberculose laryngée (*The local treatment of Laryngeal tuberculosis*), par le Dr Tauber.

Que la tuberculose laryngée ait précédé ou suivi la tuberculose pulmonaire, la plupart des auteurs n'en enseignent pas moins que, dans cette affection, le traitement topique doit être absolument laissé de côté. Tel n'est pas l'avis de l'auteur; il a obtenu des résultats si favorables qu'il ne craint pas d'affirmer que la *phtisie laryngée, lorsqu'elle est observée à*

temps et convenablement traitée, peut être arrêtée, parfois même guérie. Lorsque la maladie est plus avancée un traitement convenable rend moins pénible la situation du malade et prolonge son existence. A la période congestive caractérisée par le gonflement et la rougeur de la région postérieure l'auteur s'est fort bien trouvé des cautérisations au galvanocautère.

A la troisième période, tous les traitements sont inutiles : on doit combattre les symptômes. Depuis plusieurs années, l'auteur, dans les cas de déglutition douloureuse, fait des applications sur les parties ulcérées une ou deux fois par jour avec la solution suivante : acide phénique 2 gr., teinture d'iode 6 gr., glycérine 8 gr.

Cette application détermine une escharre blanchâtre qui fournit aux parties gonflées et ulcérées un revêtement artificiel qui les protège et détermine une anesthésie prolongée. Le malade ne ressent une sensation de brûlure que pendant un temps très court; quelques secondes après il lui est possible d'avaler les solides et les liquides. L'auteur recommande vivement l'emploi de cette solution. (*The Med. News*, 28 novembre 1885.) Dr J. Ch.

Sur les corps étrangers siégeant dans les premières voies respiratoires, par le Dr P. Koch.

L'auteur donne le récit détaillé d'une malade ayant éprouvé subitement, pendant qu'elle mangeait, une douleur aiguë à la gorge et une sensation d'étouffement. La sonde œsophagienne deux fois employée ne donnant aucun résultat et la douleur persistant, surtout dans les mouvements de déglutition, on amène la malade chez M. Koch.

L'examen laryngoscopique présentait de grandes difficultés en raison d'une incurvation antérieure de la colonne vertébrale (région cervicale). Cette saillie cachait l'image de la partie postérieure du larynx. L'auteur ne put découvrir qu'un gonflement de la bande ventriculaire gauche et une immobilité de la corde vocale correspondante sur la ligne médiane. La trachée à peine visible paraissait libre.

D'après cet examen, il fallait se contenter provisoirement du diagnostic périchondrite aryténoïdienne gauche.

On essaya un traitement qui ne modifia en rien ni l'affection ni l'image laryngoscopique incomplète. C'est alors que l'auteur introduisit l'index dans le larynx, et tandis que la malade exécutait un mouvement de déglutition, il réussit à découvrir un corps étranger dur, pointu, immobile et libre à son extrémité antérieure. Vu la difformité anatomique, l'extraction par voie naturelle dut être abandonnée et on fit la laryngotomie après avoir préalablement pratiqué la trachéotomie et avoir introduit la canule tampon de Trendelenburg. Le cartilage étant ouvert, on sort le corps du délit qui était une épingle ayant la tête mince et mesurant 3 centim. 1/2 de long et 1 millim. d'épaisseur.

Il est probable qu'une fois avalée, l'épingle avait immédiatement traversé la paroi postérieure du larynx, car l'accès de suffocation était survenu au début.

Les deux moitiés du cartilage thyroïde s'adaptèrent facilement et la canule obturatrice put être enlevée 24 heures après l'opération. Trois mois plus tard la corde vocale gauche est toujours paresseuse, par suite de tissu cicatriciel ou d'une ankylose incomplète de l'articulation crico-aryténoïdienne de ce côté provoquée par le long séjour du corps étranger.

M. Koch fait observer, à la fin de cette observation, que le laryngoscope n'a été ici d'aucune utilité; l'exploration digitale seule, si peu employée en laryngologie, avait conduit au vrai diagnostic. (*Annales des maladies de l'oreille*, n° 5, novembre 1885). Dr L. L.

Hématome du larynx consécutif à un traumatisme : nécroscopie (*Ematoma della laryngе per traumatismo, necroscopia*), **par le Dr Pérotti.**

Il s'agit, dans ce cas, d'un individu qui dans un démêlé tomba par terre et fut frappé d'un coup de pied sur la région antérieure du cou. Relevé il fut conduit chez lui. La voix s'éteignit peu à peu et il survint une dyspnée très grave, qui alla toujours en s'augmentant. Mort au bout de deux heures.

A l'autopsie on aperçoit des deux côtés du larynx, une infiltration sanguine sous-cutanée très abondante, mais plus prononcée à gauche. Le sang liquide offre une couleur noirâtre. Après avoir enlevé le larynx, on voit que cet organe est obstrué par une tumeur sanguine d'une teinte bleu foncé.

Il s'agissait donc ici d'un hématome sous-muqueux ayant son point de départ dans la région supérieure de la glotte et atteignant les premiers anneaux de la trachée. Les cartilages thyroïde et cricoïde étaient fracturés.

Selon l'avis de l'auteur, la trachéotomie aurait pu probablement sauver la vie du malade (*Bolet. delle malat. dell'orech.* etc., n° 2, mars 1886). Dr J. Cardone.

Fracture (?) du thyroïde. Laryngotomie, guérison (*Fracture (?) of thyroïd cartilage, laryngotomy, recovery*); par le Dr Manby.

Le nommé James W., âgé de soixante-quatre ans, ayant fait une chute en se levant du lit, à la suite de laquelle il avait constaté que la pomme d'Adam était déviée, réussit toutefois à la ramener de force à sa position normale.

A son entrée à l'hôpital il se plaint d'une dyspnée qui va sans cesse en augmentant, d'une toux légère avec expectoration de mucosités sanguinolentes. A l'examen, le larynx occupe sa position normale sur la ligne médiane, mais on constate un ecchymose et un gonflement considérables. On ne sent pas de crépitation, mais la pression est douloureuse. La voix est rauque, les deux temps de la respiration sont également bruyants. La thyrotomie est pratiquée le 18 juin 1885 à la suite d'un accès de suffocation. Le 24 il était guéri. Il s'agissait probablement d'une fracture du thyroïde (*The Lancet*, 9 janv. 1886). Dr J. Ch.

Extraction de l'un des mors d'un davier de la bronche droite (*Case of extraction of the blade of a tooth forceps from the right bronchus*), par le Dr Mac Cormac.

Priscilla C..., âgée de vingt-quatre ans, avait à se faire extraire un bon nombre de racines de dents molaires. Une des branches du davier se brisa et la malade, qui était endor-

mie, ayant fait deux ou trois inspirations profondes, la portion du davier fracturée pénétra par la glotte jusque dans le poumon. Il se produisit alors un violent accès de suffocation, et quand la malade reprit ses sens elle éprouvait une grande gêne respiratoire et la dyspnée était des plus intense. Elle se plaignait en outre d'une douleur aiguë au thorax, en particulier entre les troisième et quatrième côtes. Tous les moyens employés pour permettre à la malade de rejeter le corps étranger, restèrent sans résultat. La malade garda le lit, souffrant d'accès de toux accompagnés d'une augmentation des douleurs. La malade sentit à plusieurs reprises des mouvements du corps étranger, mouvements qui étaient accompagnés d'expectoration sanglante. A l'auscultation on entend un bruit métallique plus prononcé à droite, au niveau du second espace intercostal. On en conclut que le corps étranger occupe la bronche droite. M. Mac Cormac décide de faire la trachéotomie et d'aller à la recherche du corps étranger à l'aide de pinces introduites dans la trachée. La malade ayant été chloroformée, on pratiqua la trachéotomie; la pince introduite, l'opérateur put la sentir pénétrer dans la bronche gauche qui était libre. Dans la bronche droite, on ne pouvait, avec les pinces, sentir facilement le mors du davier qui, très probablement, était entouré par des bourgeons charnus déterminés par sa présence, mais en introduisant une sonde, on sentit facilement le bruit métallique. Après plusieurs tentatives faites avec différents instruments, il réussit à la saisir à l'aide de pinces à polypes. La plaie trachéale fut fermée à l'aide de sutures. L'opération avait été faite le 26 novembre; le 24 décembre la malade était en pleine convalescence (*The Lancet*, 2 janvier 1886). Dr J. Charazac.

La thyrotomie et ses applications, par le Dr Louis Bonnefous.

Une observation de thyrotomie pour un cas de *polype du larynx* a été pour l'auteur le point de départ de cette étude. Il se propose d'exposer les avantages et les inconvénients de cette opération.

Le premier chapitre est consacré à l'étude des tumeurs

bénignes : toutes les tumeurs de petit volume, pédiculées, de faible consistance et implantées sur un point accessible à la vue au moyen du miroir laryngé pourront être traitées par la méthode dite « par les voies naturelles ». Toutes les autres se trouveront mieux d'une intervention par méthode sanglante, et comme elles sont généralement située derrière le cartilage thyroïde, c'est par la section de ce dernier qu'on pourra le mieux les atteindre. Un des avantages de la thyrotomie, dit l'auteur, c'est d'être à la portée de tous les chirurgiens. Je le concède. Mais si c'est un avantage pour le chirurgien, ce n'en est pas un pour le malade.

A propos de l'opération de M. Serres, l'auteur dit : « L'opération fut des plus faciles, ses suites insignifiantes et son résultat remarquable. Dans les cas de cancer laryngé la laryngotomie paraît indiquée à M. Bonnefous toutes les fois que la tumeur siège soit sur les cordes vocales, soit au-dessous, soit dans l'intérieur des ventricules. Nous préférons la trachéotomie. Dans les cas de ce genre, cette opération n'est que palliative, mais l'auteur aurait-il la prétention de guérir mieux par la laryngotomie un cancer du larynx? Le seul moyen radical serait l'extirpation de l'organe. Encore ce procédé est-il dangereux et ne doit-il être accepté qu'après mûres réflexions.

Dans les cas de fractures du larynx, dit l'auteur, la trachéotomie soulage le malade, la thyrotomie le guérit. Dans les cas du rétrécissement du larynx, de corps étrangers, d'éversion de ventricule, l'auteur conseille la trachéotomie. L'auteur termine son travail par des expériences sur les animaux.

Que M. le prof. Serres ait opéré un cas de polype sessile du larynx par la thyrotomie, que l'opération ait réussi, nous ne pouvons le nier; il n'en est pas moins vrai que l'opération est très dangereuse et que le polype eût pu, sans danger, être enlevé par la voie endo-laryngienne. (*Thèse*, Montpellier, 1885.)

Dr J. Charazac.

Trachéotomie à la période asphyxique du croup par le procédé Saint-Germain ; — guérison (*Tracheotomia nel periodo asfittico del crup, col processo St Germain ; — guarigione*), par le prof. Ramon de la Sota y Lastra.

L'auteur rapporte l'observation d'une fille de 5 ans arrivée à la période asphyxique du croup. La trachéotomie fut faite par le procédé Saint-Germain et la maladie guérit. De cette observation l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Pour désespérée que paraisse la situation d'un malade atteint du croup, on doit pratiquer la trachéotomie qui seule peut le sauver ;

2° Le procédé Saint-Germain est très avantageux aux derniers moments, en raison de sa rapidité, d'où dépend l'existence du malade ;

3° Il n'est pas si facile que le dit l'opérateur français de rencontrer le point exact où l'on doit porter le bistouri;

4° L'épaisseur des parties molles qui recouvrent la membrane crico-thyroïdienne chez les enfants de 2 à 12 ans est parfois supérieure à 8 à 11 millimètres, il faut alors pénétrer dans la plaie une ou deux fois pour atteindre le point désiré, alors même que l'on donne à la lame du couteau une longueur de un centimètre et quart, ainsi que le recommande Saint-Germain;

5° Il est nécessaire d'être très expéditif et de ne pas se lasser de pratiquer la respiration artificielle qui, dans les cas les moins favorables, peut sauver la vie de l'enfant moribond;

6° Le chatouillement de la muqueuse de la trachée pratiqué avec une plume par l'orifice de la canule peut favoriser l'expulsion des fausses membranes qui gênent la respiration;

7° Quand il ne se produit aucune complication sérieuse, le traitement consécutif à l'opération doit consister à nettoyer soigneusement la plaie et dans des soins hygiéniques. (*Archivii Italiani di Lar.*, anno V, fasc. I.) Dr J. Ch.

Deux cas de croup traités par le tubage du larynx (*Two cases of croup treated by tubage of the glottis*), par le Dr J. O. Dwyer.

Le premier, un garçon de trois ans, traité par cette méthode, guérit parfaitement. Le second mourut. A l'autopsie

les fausses membranes occupaient le pharynx, la trachée et les bronches jusqu'aux troisième et quatrième divisions bronchiques. Le calibre de la bronche gauche était surtout très diminué. (*N.-Y. Med. Journ.*, 28 novembre 1885.)

Dr J. Ch.

VARIA.

Sur un cas de thyroïdectomie, par le Dr Lagrange, professeur agrégé de Bordeaux.

L'opération fut faite par le procédé d'évidement, c'est-à-dire que la poche fibreuse fut autant que possible respectée.

La plaie opératoire, très vaste comme dans tous les cas de ce genre, descendait jusque derrière la fourchette sternale. Il était donc impossible d'en drainer la partie inférieure, il restait forcément au-dessus du médiastin un infundibulum qu'on ne pouvait égoutter.

Pour éviter la stagnation des liquides dans l'infundibulum, M. Lagrange, mettant en pratique les conseils de son maître Demons, chirurgien de l'hôpital St-André, sutura le segment inférieur de la coque fibreuse à l'angle inférieur de l'incision cutanée (l'incision était verticale et s'arrêtait à la fourchette sternale). Il obtint ainsi un voile fibreux tendu de la trachée au devant du sternum et recouvrant le médiastin. Les liquides de la plaie furent, à l'aide de cet artifice, directement conduits à l'extérieur.

Quant à l'infundibulum rétro-sternal, dangereux seulement par les liquides qu'il reçoit, il fut soigneusement lavé et ne donna lieu à aucun accident.

M. Lagrange croit que ce petit artifice peut, dans un assez grand nombre de cas, rendre de réels services. (*Soc. de chir. de Paris, juin 1885.*)

Manuel des injections sous-cutanées, par MM. Bourneville et Briun.

Après avoir fait l'historique de cette question, les auteurs étudient l'absorption cutanée et indiquent le choix du lieu de l'injection, puis ils passent en revue les solutions, leur degré de concentration, les instruments, le manuel opératoire et les accidents locaux.

Ces préliminaires étant posées, MM. Bourneville et Briun entrent dans le sujet consacré à tous les médicaments qui peuvent être absorbés par la méthode hypodermique, en ayant soin de consacrer à chaque substance un paragraphe spécial résumant les principaux effets physiologiques. En ce qui nous concerne, nous signalerons principalement les chapitres qui traitent de l'acide phénique employé par Schnitzler dans la phtisie, de l'aconit usité dans les affections aiguës de l'appareil respiratoire, de l'apomorphine dans les amygdalites (Dujardin-Beaumetz) et la laryngite striduleuse, le croup et la diphtérie (Monti, Alois), la grippe (Bourneville), des arsénieux dans diverses affections nerveuses, de l'atropine dans l'asthme et les sueurs de phtisiques, de la cocaïne pour faciliter les opérations ou calmer la douleur, de la conicine dans la bronchite et la laryngite spasmodique (Mega), de la créosote dans la phtisie, de l'erystine dans les hémoptysies et les épistaxis, de l'éther dans le coma (Verneuil), de l'iodoforme dans la syphilis, le mercure dans les maladies vénériennes, de la nitro-glycérine dans le vertige de Menière, de la pilocarpine, de l'iodure de potassium dans la syphilis, de la strychnine dans les paralysies des cordes vocales.

On voit par ce rapide exposé de quelle utilité peut être ce manuel qui renferme les médicaments mis en usage dans ces dernières années. (2e édit. 1885, au *Progrès médical* et chez Delahaye et Lecrosnier.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Barette. — Amygdalotomie; ses indications, ses divers procédés d'exécution (*Concours méd.*, n° 4, 22 janvier 1886).

Belanger (Clinique Thiry). — Chancre induré de la langue. Syphilis consécutive. Transmission d'un chancre phagédénique à la gorge (*La Presse méd. belge*, n° 52, 27 déc. 1885 et n° 2, 10 janvier 1886).

Bottini. — Amputation intra-buccale de la langue avec l'anse galvanique. Guérison complète (*Gaz. degli Ospital.*, année III, n° 17, Milan, 1886).

Brown (J.) et **Cameron.** — Amygdalite aiguë et rhumatisme (*British Medic. Journ.*, 6 février 1886).

Castex. — Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Clinique et intervention chirurgicale (*Rev. de Chir.*, 10 janvier 1886).

Chaslin. — Note sur un kyste à épithélium vibratile de la base de la langue (*Soc. anatomique*, 29 janvier, et *Progrès méd.*, n° 11, 13 mars 1886).

Clark (H.-E.). — Sarcome du pharynx à cellules rondes et fusiformes (*Glasgow pathol. and clin. Soc.*, 10 nov. 1885. — *The British Medic. Journ.*, 23 janv. 1886).

Coupard. — Corps étranger de la voûte palatine simulant une plaque gangréneuse (*Revue mens. de l'enf.*, mars 1886).

Demarquay. — Collutoire et douche contre l'angine granuleuse (*Union méd.*, n° 24, 18 février 1886).

Feuilletaud. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs du plancher de la bouche (*Thèse de Paris*, 18 mars 1886).

Filloux (R.). — Des ulcérations de l'amygdale (*Thèse de Paris*, n° 113, 2 février 1886).

Fournier. — Des accidents buccaux engendrés par le mercure (*Le Praticien*, n° 11, 15 mars 1886).

Fraenkel (B.). — De l'angine folliculaire et diphtéritique (*Berlin. medic. Gesellschaft*, 3 mars 1886).

Franks. — Épithélioma sublingual (Compte rendu de l'*Acad. de méd. d'Irlande*, p. 343, Fannin et Cie, éd., Dublin, 1885).

Gley. — Des nerfs du goût (*Soc. de Biologie*, 13 février 1886).

Gross et Vautrain. — Grenouillettes (deux cas de grenouillette aiguë) (*Revue méd. de l'Est*, n° 2, 15 janvier 1886).

Gussenbauer. — Un cas de carcinome de la langue opéré et guéri par première intention (*Soc. des médecins allemands de Prague*, 26 février. — *Prager med. Wochenschr.*, n° 9, 3 mars 1886).

Hansemann (D.). — Sur la tuberculose de la muqueuse buccale (*Virchow's Archiv.*, Bd CIII, 2).

Hunt — Carcinome de la langue. Extirpation avec des ciseaux (*Sheffield medico-chirurg. Soc.*, 17 décembre 1885. — *British medic. Journ.*, 6 février 1886).

Johnson. — Stomatites maternelles (*The Americ. Practionner and News*, Louisville, 20 février 1886).

Jurasz (A.). — Quelques cas d'anomalie des amygdales palatines (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 12, déc. 1885).

Lloyd (Jordan). — Sur une méthode pour surveiller l'hémorrhagie durant l'extirpation totale ou partielle de la langue (*The Lancet*, n° 4, 23 janvier 1886).

Monod. — Ablation du maxillaire inférieur pour un cancer de la langue (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 17 février 1886).

Paget (Stephen). — Kyste dermoïde de la langue (*Patholog. Soc. of London*, 16 février, et *The British med. Journ.*, 20 février 1886).

Prévost. — Paralysie du membre supérieur consécutive à une angine simple (*Paris méd.*, n° 10, 6 mars 1886).

Regovicz. — Relation de la corde du tympan avec la perception gustative du 1/3 antérieur de la langue (*Pfluger's Arch.*, 1885. — Analysé in *Gazet degli Ospit.*, n° 5, 1886).

Tammian (Clinique Thiry). — Angine chronique de forme exsudative. Transformation complète de toutes les parties de la muqueuse de la gorge en tissu fibreux. Adhérences nombreuses. Symptômes graves (*La Presse méd. belge*, n° 48, 29 nov. 1885).

Thiery. — Recherches sur les sensations du goût, les mouvements des mâchoires, la déglutition et le langage articulé après l'extirpation totale de la langue (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, Bd 33, Heft 2 et 3, 1885).

Trélat. — Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente (*Gaz. des Hôpit.*, 27 février 1886).

Trélat. — Technique des opérations plastiques sur le palais (*Revue de Chirurgie*, page 89, février 1886).

Weir. — Fxtirpation totale de la langue par la méthode de Kocher (*N.-Y. Surg. Soc.*, 12 janv., et *Med. News*, 30 janv. 1886).

Whitehouse. — Cancer de la langue (*Sunderland and North Durhum medic. Soc.*, 18 février 1886).

Winslow (John). — Mobilité anormale de la langue. Hypertrophie de la luette (*The Medic. Record*, 16 janvier 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Allen (Harrison). — Du rapport qui existe entre l'obstruction du canal lacrymal et le catarrhe nasal (*Medic. News*, n° 6, 6 février 1886).

Alvarez. — Recherches sur l'anatomie pathologique du rhino-sclérome (*Arch. de physiol.*, 15 février 1886).

Armstrong (S. T.). — Nécrose de l'os frontal consécutive à une inflammation du sinus frontal. (*The N.-Y. Medic. Journ.*, n° 4, 23 janv. 1886).

Baber-Creswell. — Guide pour l'examen des fosses nasales (Londres, H. Lewis, 136, Gover Street, W.-C., édit., 1886).

Bermann. — Polypes du nez (*Medic. Soc. of the Districtof Columbia*, 13 janvier. — *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, n° 6,6 février 1886).

Bishop (Seth). — Cocaïne dans la fièvre des foins (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, n° 6, 6 février 1886).

Bresgen (M.). — Emploi de l'acide chromique dans les fosses nasales (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 7, 1886).

Bryson-Delavan. — Nouvelle méthode pour extraire les corps étrangers des fosses nasales (avec la cocaïne) (*The Med. Rec. N.-Y.*, 23 janvier 1886).

Bryson-Delavan. — Corps étrangers des fosses nasales (Tirage à part du *Gaillard's Medic. Journ.*, janvier 1886).

Bull (W.-T.). — Difformité du nez. (*Practitioner's Soc. of New-York*, 5 février, et *The Medic. Record* 6 mars 1886).

Carbonieri. — Contribution clinique à la localisation du centre olfactif (*Tesi su laurea* et *Rivista Clinica*, n° 91, 1885, analysée in *Lo Sperimentale*, 1er janvier 1886).

Casadesus (Roquer). — Tuberculose laryngo-pulmonaire à la troisième période. Essai de la thérapeutique bactéridienne (*Gaceta Medica Catalana*, 28 février 1886).

Cardone. — Note de clinique rhinologique (*Arch. internaz. di Ololoj. Rhin., etc.*, Naples, fasc. 14, 15 octobre 1885).

Caselli (A.). — Epithélioma de l'antre d'Higlmore droit, propagation aux choanes et à la cavité buccale. Résection du maxillaire (*Riforma Medica*, année II, n° 19, Naples, 1886).

Chiari (O.). — Quelques cas rhinologiques (*Wien. med. Wochenschr.*, 28 nov. 1885).

Churchill (Frederick). — Un cas de fibrome rétro-nasal (*Patholog. Soc. of London*, 19 janvier. — *The British Medic. Journ.*, 23 janvier 1886).

Cozzolino. — Nouvel inhalateur nasal (*Arch. Ital. di laring.*, an. V, nos 3 et 4, Naples, 1886).

Dogiel (A.). — Des glandes de la région olfactive (*Arch. f. microscop. Anat.*, 26 Bd, I Heft, 1885).

Fowler (Walter). — Opération de Furneaux Jordan dans les tumeurs naso-pharyngiennes (*Midland Medic. Soc.*, 20 janvier. — *British Medic. Journ.*, 6 février 1886).

Garland. — Quelques cas de névroses réflexes (*Suffolk district Medic. Society*, 9 déc. 1885. — *Journ. of the Americ. Associat.*, 16 et 23 janv. 1886, nos 3 et 4).

Goodwille (D.-H.). — Traitement de la syphilis tertiaire des fosses nasales et de la gorge (*Medic. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février. — *Medic. News*, no 6, 6 février 1886).

Gottstein. — De l'opération des végétations adénoïdes dans la cavité naso-pharyngienne (*Berliner Klin. Wochenschr.*, no 2, 11 janvier 1886).

Grasset (J.). — Traitement de la coqueluche par les insufflations de poudres dans le nez (*Semaine méd.*, no 10, 10 mars 1886).

Gruening (E.). — Symptômes oculaires réflexes dans les affections nasales (*The medic. Record*, no 5, 30 janvier 1886).

Gussenbauer. — Un cas de rhinosclérome (*Soc. des médecins allemands de Prague*, 22 janvier. — *Prager med. Wochenschr.*, no 4, 27 janvier 1886).

Hering (Th.). — Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, nos 2 et 3, février et mars 1886).

Hill (A.). — Extrait de trois communications sur le mécanisme cérébral de la vue et de l'odorat (*British Medic. Journ.*, 6 et 13 mars 1886).

Ingals (Fletcher). — La cocaïne dans la fièvre des foins (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, n° 6, 20 février 1886).

Iato. — Papillome de la peau du nez, guéri par la résorcine (*Gli Incurabili*, no 7, 15 mars 1886, Naples).

Katz. — Instrument pour l'examen des fosses nasales (*Berliner Klin. Wochenschr.*, no 9, 1er mars 1886).

Malacrida. — De l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine dans l'ozène scrofuleux (*Gaz. degli Ospitali*, 7 mars 1886).

Monette (Géo N.). — Du coryza, ses causes et son traitement (*Journal of the Americ. Medic. Assoc.*, no 5, 30 janv. 1886).

Moure (E. J.).— Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne (avec 53 figures dans le texte et 4 planches hors texte) (Paris, 1886, O. Doin, 8, place de l'Odéon).

Neumann (J.-F.). — De l'emploi de l'acide chromique et de la galvano-caustie dans les fosses nasales et dans le pharynx (*Med. Petersburger Wochenschr.*, no 3, 1886)

Paulsen. — Des glandes de la muqueuse nasale, surtout des glandes de Bowman (*Arch. f. mikroskop. Anat.*, XXVI Bd, 2).

Péan. — Hématome de la cloison nasale (*Revue méd. franç. et étrang.*, n° 5, 30 janvier 1886).

Penzoldt. — De l'insensibilité de l'odorat pour certaines substances chimiques (*Soc. phys.-méd. d'Erlangen*, 11 janv. — *Münchener med. Wochenschr.*, n° 5, 2 février 1886).

Pooley. — Un cas de tumeur du sinus maxillaire et de l'orbite (*Medic. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février 1886).

Reynolds (Dudley). — Traitement des polypes du nez par les injections (*Philadelphia Medic. Times*, 6 février 1886).

Robinson (Beverley). — Des névroses respiratoires d'origine nasale; Coryza vaso-moteur. Asthme (*The Medic. Record*, n° 5, 30 janvier 1886).

Roé (John). — Angiome du nez (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 16 janv. 1886).

Sajous. — Maladies du nez et de la gorge (Philadelphie, 1885, chez F. A. Davis, édit.)

Scheff (G.). — Maladies des fosses nasales, de leurs cavités accessoires et du pharynx (avec 35 figures en bois) (*A. Hirschwald*, Berlin, 1886).

Schweig (Henry). — Symptômes réflexes des affections nasales (*The Medic. Record*, n° 8, 20 février 1886).

Seifert. — Des rhinolithes (*Sitzungsbericht der Wisrzburger Phys. Med. Gesellschaft*, XIVe séance, 25 juillet 1885).

Shadle (E.). — Cocaïne et fièvre des foins (*The Med. and Surgic. Reporter*, n° 5, 30 janvier 1886).

Villar (Clinique Richet). — Polype fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. Extirpation par l'arrachement simple sans opération préliminaire (*France méd.*, n° 32, 18 mars 1886).

Voltolini. — Contribution à l'étude de la rhinoscopie (*Arch. Internaz. di Laringo. Rhin., etc.*, n° 1, 15 janvier 1886).

Vulpian. — Hémophilie. Mort par épistaxis treize ans après la première hémorrhagie nasale (*Revue de Méd.*, 10 février 1886).

Watson-Spencer. — Nouveaux instruments pour l'extirpation des polypes du nez (*Med. Soc. of London*, 15 février, et *The Brit. med. Journ.*, 20 février 1886).

Ziem. — De l'importance et du traitement des suppurations des fosses nasales (*Monatsschr f. Ohrenheilk.*, n° 2, février 1886).

Larynx et Trachée.

Aysaguer (P.).— Corps étranger du larynx (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, n° 2, février 1886).

Biondi. — Le streptococcus de Jehleisen dans l'érysipèle du larynx (*Riforma médica*, année II, n° 3, Naples, 1886).

Béal. — Etude sur une complication rare de la trachéotomie (Médiastinite antérieure suppurée). (*Thèse de Paris*, n° 99, 16 janvier 1886).

Cartaz (Clinique Charcot). — Du mutisme hystérique (*Progrès méd.*, nos 7, 9, etc., 13 et 27 février, etc. 1886).

Cardone. — Chronique de la clinique laryngoscopique de l'Université de Naples (*Arch. Ital. du lary.*, an V, nos 5 et 6, Naples, 1886).

Ceccherelli. — Rétrécissements à la suite des néoplasmes, et de leur traitement (*Riforma médica*, an II, nos 46, 47, 48. Naples, 1886).

Dodge (D.-K.). — Le pluriel de larynx (*The Med. Record*, n° 5, 30 janv. 1886).

Demartini. — Le chlorhydrate d'apomorphine et les inhalations d'acide phénique dans le traitement de la coqueluche (*Riforma méd.*, an II, n° 57, Naples, 1886).

Fasano. — Derniers progrès de la laryngologie, et leur importance (*Arch. Internaz. de laringol. rinol., etc.*, n° 1, 15 janvier 1886).

Ferras. — Traitement de la laryngite chronique arthritique aux thermes de Luchon. (*Extrait des Annales de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, 1885, chez F. Levé, 17, rue Cassette, Paris).

Florand (A.). — Laryngite aiguë suppurée; trachéotomie, mort (*France méd.*, page 145, 1886).

Garrod. — Essai sur l'emploi du laryngoscope (*Londres*, chez Longmans et Comp).

Gleitsmann. — Rapport annuel sur les maladies de la gorge observées au dispensaire allemand, avec remarques sur le traitement de la phtisie laryngée et sur les névroses réflexes dues à des affections nasales (*The. medic. Record*, 16 janv. 1886).

Gonguenheim. — Quelques réflexions à propos de l'affection dite paralysie des dilatateurs de la glotte, d'après un cas de cette affection (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, n° 1, 1886).

Gonguenheim. — Rétrécissement de la trachée et de la bronche droite de cause syphilitique (*Annales des malad. de l'oreille, etc.*, n° 2, fév. 1886).

Gueiton. — Psoriasis circiné. — Phlegmon rétro-laryngien et érysipèle de la face consécutif (*La Presse méd. Belge*, n°s 42 et 43, 1885).

Hunter. — Bronchocèle pendant la grossesse (*British medic. Journ.*, 23 janvier 1886).

James (P.). — Sur les maux de gorge (in-8°, 362 p., Londres 1886).

Jesde. — Un cas de laryngite pseudo-membraneuse, guérison, observation et considération (*Arch. Italian. di laring.*, an V, n°s 3 et 4, Naples, 1886).

Jurasz. — Papillome corné du larynx (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 5, 1er février 1886).

Kilhom. — Glande bronchique caséeuse s'ouvrant sur la trachée (*Sheffield medico-chirurg. Soc.* 17 décembre 1885. *British Medic. Journ.*, 6 février 1886).

Knight (C.-H.). — Fibrome de la corde vocale droite enlevé avec la pince de Mackenzie (*N. Y. Patholog. Soc.*, 13 janvier. *The N.-Y. Medic. Journ.*, n° 5, 30 janvier 1886).

Labbé. — Extirpation du larynx (*Académie de médecine*, 26 janvier, et *Semaine méd.*, n° 4, 27 janvier 1886).

Lermoyez (Marcel). — Etude expérimentale sur la phonation (*Thèse de Paris*, 19 février 1886).

Lublinsky. — Du carcinome du larynx (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n°s 8, 9 et 10, 22 février, 1 et 8 mars 1886).

Massei. — Traitement local de la tuberculose laryngée (*Riforma Medica*, année II, n°s 24 et 25, Naples 1886).

Massei. — Œdème chronique du larynx à la suite d'un traumatisme (*Eco delle cliniche*, an 1, n° 4, Naples 1886).

Massei. — Revue critique de rhinologie et de laryngologie (*Bollet. delle malat. dell'orech. della gola etc.*, n° 2, 1er mars 1886).

Masini — Hypertrophie compensatrice des cordes vocales supérieures (*Arch. Internaz. di laring. Rinol.* n° 10, 15 janvier 1886).

Masucci. — Deux cas de chorée du larynx (*Arch. Italian. di laring.*, an V. nos 3 et 4, Naples 1886).

Michael. — De l'examen du larynx (*Deusche mediz. Ztg.*, no 10, 1886).

Monastyrski. — Un cas de papillome adénomateux du larynx opéré par la laryngotomie (*Soc. des médécins de Saint-Pétersbourg*, 29 oct. 1885. *Petersb. medic. Wochenschr.*, no 1, 1886).

Newman. — Observations de tumeur du larynx (*Glasgow pathol. and clin. Soc.* 10 nov. 1885. — *The British medic. Journ*, 23 janv. 1886).

Nicolai. — Laryngologie, porte-miroir laryngien (*Gaz. degli ospitali*, 21 février 1886, et J. Vallardi, édit. Milan 1886).

Opie (T.). — Grossesse compliquée de phtisie laryngée, accouchement ultérieur (*Baltimore Gynaecolog. and Obstetric Soc.*, 12 janv. — *The N.-Y. Medic. Journ.*, no 5, 30 janv. 1886).

Perotti. — Hématome du larynx consécutif à un traumatisme, nécropsie (*Bollet. delle malat. dell' orecch. etc.*, no 2, mars 1886).

Petit (L.-H.). — De l'introduction dans les voies aériennes de dents extraites (*Union méd.* no 35, 13 mars 1886).

Ranke. — Résultats de la trachéotomie après l'emploi systématique de la ventilation (*Zeitschr. f. Kinderheilk.* Bd. 24, n° 3).

Rickman et G. Godlee. — Extirpation d'un morceau de canule à trachéotomie logé dans la bronche droite depuis deux jours (*The Lancet*, 6 février. 1886).

Robinson (Beverley). — Alimentation dans la phtisie laryngée (*The N.-Y. medic. Journ.*, nos 4 et 5, 23 et 30 janvier 1886).

Roquer-Casadesus. — Essai sur la motilité du larynx, ses muscles, leur paralysie (*Rivista di laring. otol. y Rinol.* n° 8 et 9, février et mars 1886 et suite).

Roquer-Casadesus. — Papillome laryngien sous-glottique (*Rivista di lar. otol. y rinol.*, n° 9, mars 1886).

Schnitzler. — Présentation d'un cas d'adhérence des cordes vocales à la suite de syphilis laryngée; section endo-laryngée de la membrane (*Wiener med. Presse*, no 10, 7 mars 1886).

Sexton (Samuel). — Inflammation catarrhale des voies respiratoires supérieures (*The Medic. Record*, no 5, 30 janv. 1886).

Solis-Cohen (S.). — Expérience personnelle faite avec quelques nouveaux médicaments ajoutés à la thérapeutique laryngienne (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 6 mars 1886).

Spattismoode (Cameron). — Ulcération du larynx dans la fièvre scarlatine (*Leeds and West Riding medico-chirurg. Soc.*, 19 février 1886).

Strong. — Un cas de cathétérisme du larynx pour une laryngite catarrhale aiguë, guérison (*Chicago medic. Soc.*, 1er février 1886. *Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, no 7, 13 février 1886).

Trevelot. — Aphonie après les injections de morphine (*Journ. de méd. et de chir.*, no 3, mars 1886).

Trifoletti. — Difficultés diagnostiques que l'on rencontre dans certaines affections du larynx au point de vue de l'examen laryngoscopique, note clinique (*Arch. Italiani. di laring.*, an V, nos 3 et 4, Naples 1886).

Ward. — Trachéotomie pratiquée chez un enfant de treize mois pour extirper un corps étranger (*The medic. Record*, 2 janv. 1886).

Wyss. — Sur les divers traitements de la tuberculose du larynx (*The London medic. Record*, 15 déc. 1885).

Oreilles

Bacon (C.) et **Roosa** (J.).— Rapport sur un procès en dommages-intérêts dans un cas de traumatisme causé par un coup sur l'oreille (*N.-Y. Medic. Journ.*, n° 25, 19 déc. 1885).

Bartlett (W. A.) et **Colles** (C. I.) — Clinique S. Sexton. — Inflammation aiguë de l'oreille moyenne (*Medic News*, n° 9, 27 février 1886).

Bates (W. H.). — Nouvelle opération pour diminuer la surdité persistante (*Medic. Record*, page 88, 1886).

Bendell (Herman). — Traitement des polypes de l'oreille par l'injection d'acide phénique (*Medic. Soc. of the State of New-York* 2, 3 et 4 février 1886 *Medic News* n° 6, 6 février 1886).

Bishop (Seth). — De l'emploi de la cocaïne et d'autres anesthésiques en otologie (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* n° 8, 20 février 1886).

Blau (Louis). — Des affections de l'organe de l'ouïe dans la leucémie (*Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd X, Heft 1 et 2).

Canalis.— Otite moyenne suppurée, propagation à l'apophyse mastoïde, trépanation. Guérison(*Arch. Internaz. di laring, rin.*, etc., n° 1, 15 janvier 1886).

Cardone. — Polype énorme de la caisse du tympan. Note clinique et anatomo-pathologique (*Arch. internaz. di Otoja, Rin.*, etc. fasc. IV, Naples, 15 octobre 1885).

Cheatham. — Parotite suivie de perte totale d'une oreille (*The Americ Practitioner and News*, n° 5, Louisville, 6 mars 1886).

Ceccherelli. — Otite moyenne suppurée et trépanation mastoïdienne (*Riforma med.* année II, n°s 8 et 9, Naples 1886).

Dalby. — Des cas où la perforation des cellules mastoïdiennes est nécessaire (*Medic. chirurg. Transact.*, Londres 1885).

Downie (Walker). — Surdité dans la maladie de Bright (*Glasgow Medic. Journ.*, déc. 1885).

Ebertz. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la surdi-mutité (*Viertel jahrsschr. f. gerichtliche Med.*, 1886.)

Foucher. — Considérations générales sur les écoulements de l'oreille (*Union méd. du Canada*, Montréal, n° 2, février 1886).

Gellé (M.). — 1° De la durée de l'excitation nécessaire à la perception. Acoumètre basé sur cette notion; 2° Fatigue de l'accommodation. Arrêt de l'accommodation. Intermittences de la sensation observée à la limite de la perception (*Annales des malad. de l'oreille*, etc., n° 3, mars 1886).

Gomez de la Mata (S.). — De la perforation artificielle du tympan (*Gaceta de Oftalmol., Otol. y Lar.* Madrid, n°s 1 et 2, janvier 1886).

Groenlund. — Onze résections de l'apophyse mastoïde dans les cas de catarrhe purulent de l'oreille moyenne (*Hospitals-Tidende*, Copenhague 1885, page 653).

Habermann. — Contribution à l'étude de l'otite interne (*Soc. des médecins allemands de Prague*, 15 janvier, et *Zeitschr. für Heilkunde*, Band VII, chez F. Tempsky, Prague, 1886).

Helmholtz. — (Traduit par Rattel). Le mécanisme des osselets de l'oreille et de la membrane du tympan (Delahaye, édit. Paris, 1886).

Konrad (E.). — Des réactions électriques des nerfs acoustiques et optiques chez les personnes atteintes d'hallucinations (*Orvosi Hetilap*, n° 44, et *Monatsschr. f. Ohrenheilk*, n° 1, janvier 1886).

Kaufmann (Em.) — De l'audition partiellement conservée après nécrose du labyrinthe (*Prager med. Wochenschr.*, n° 49, 9 déc. 1885).

Lancereaux. — Eruption pustulo-papuleuse syphilitique généralisée à la suite d'un cathétérisme de la trompe d'Eustache (*Gaz. des hôpit.*, 27 février 1886).

Minerbi. — Solution éthérée d'iodoforme dans le traitement de l'otorrhée (*Gaz. degli ospitali*, année VII, n° 9, Milan, 1886).

Onufrovicz. — Contribution expérimentale à la notion de l'origine de l'acoustique du lapin (*Archiv f. Psych.*, Bd XVI, n° 3, 1885).

Pini Tommaso. — Cathéter pneumo-électrique pour la trompe d'Eustache (*Gaz. degli Ospit.* 17 février 1886, et *Riforma méd.*, ann. II, n° 24, Naples 1886).

Pomeroy (O. D.). — Du diagnostic et du traitement des maladies de l'oreille (in-8°, 412 p. New-York, chez Appleton et Comp., 1886).

Pratolongo. — Nouvelle méthode d'éclairage dans l'examen otoscopique avec les rayons solaires (*Gaz. degli Ospit.* an. VII, n° 20, Milan 1886).

Radzig. — Un moyen simple pour rendre plus utiles les bougies de baleine dans le cathétérisme de la trompe (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, février 1886).

Rebaudi Balestia (Arturo). — Perforation chirurgicale de la membrane du tympan (*Bollet. delle malat. dell'Orecch.*, etc., n° 2, mars 1886).

Sexton (Samuel). — Pouvoir infectieux des inflammations purulentes de l'oreille, de l'œil et du nez (*The med. Rec.* 13 février 1886, p. 191).

Sexton (Samuel). — Surdité nerveuse (*Practitioner's Soc. of New-York*, 5 février, et *The Medic. Rec.*, 6 mars 1886).

Snell (Siméon). — Des complications du côté de l'apophyse mastoïde dans les maladies de l'oreille (*The Lancet*, n° 4, 23 janvier 1886).

Suñé y Molist. — Ostéome éburné de l'oreille moyenne (*Revista di laring., Otol.*, etc., n°s 8 et 9, 1er février et mars 1886).

Turnbull (Laurence). — Rétrécissement du conduit auditif externe (*The Medic. and. Surgic. Reporter*, 16 janvier 1886).

Turnbull (Laurence). — Insufflation par la trompe d'Eustache dans l'otite catarrhale des jeunes enfants (*The Medic. and Surgic. Reporter*, n° 10, 6 mars 1886).

Verdos. — Clinique otologique (suite) (*Revista di lar., otol.*, etc., n° 8, 1er février 1886. A suivre).

Volturiez. — Collection liquide non hématique (kyste?) du pavillon de l'oreille (*Journ. des scienc. méd. de Lille*, n° 2, 20 janvier 1886).

Voltolini. — Du vertige auriculaire « über Ohrenschwindel » (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janvier 1886). — Article ironique.

Wood. — Paralysie des nerfs facial et acoustique due à une exsudation syphylitique de la base du cerveau (*The Medic. Bullet.*, Philadelphie, n° 12, déc. 1885).

Wyss. — Des bourdonnements d'oreilles (*The London Medic. Record* 15 déc. 1885).

Croup et Diphtérie.

Almquist (E.). — De la manière dont la diphtérie et le croup se propagent (*Goteborg*, 1886, *Wettergren* et *Kerber*).

Alvarez (G.). — Notes cliniques sur la paralysie pharyngo-laryngée diphtéritique (*Archivos de Medic. y Cirugia de los ninos*, n° 14, 28 février 1886).

Ashhurst. — Croup membraneux. Trachéotomie (*The Medic. and Surgic. Reporter*, 16 janvier 1886).

Babès. — Les spores des bacilles de la diphtérie humaine. Nouvelle coloration des tissus normaux et pathologiques (*Soc. anatom.*, 29 janv., et *Progrès med.*, n° 8, 20 février 1886).

Bigelow. — Remarques sur le traitement de la diphtérie (*Medic. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février. — *Medic. News*, n° 6, 6 février 1886).

Bouchard (G.). — Diphtérie. Traitement par les fumigations antiseptiques dans un milieu de 20 à 24 degrés centigrades (procédé Renou, de Saumur) (*Gaz. des hôpit.*, n° 11, 26 janvier 1886).

Buchholtz. — Rapport sur 29 cas de trachéotomie pratiquée dans le croup et la diphthérie (*Inaugural Dissertation*, Berlin, déc. 1885).

Canetous. — Traitement médical de la diphtérie). Lille 1885, chez L. Danel.

Creswell-Astley. — De la diphtérie (*Epidemiolog. Soc.* et *The Lancet*, 6 mars 1886, p. 449).

Hardy (N.). — Humidité et Diphtérie (*British Medic. Journ.*, 13 mars 1885).

Hemenway. — Diphtérie à Kalamazoo, Michigan, dans l'année 1884 (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, n° 9, 27 février 1886).

Ingals (Fletcher). — Cathétérisme de la glotte dans la laryngite membraneuse (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, n° 6, 6 février 1886).

Korner. — Sur une épidémie de diphtérie dans une Salle d'asile (*Breslauer ersil. Zeitschr.*, n° 4, 27 février 1886).

Laache. — Trois observations de paralysie généralisée consécutive à la diphtérie. Aperçu sur les symptômes, l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la paralysie diphtéritique (*Norsk Magazin*, 1886, p. 25).

Lesi. — Nouvelles méthodes de traitement de la diphtérie communicat. faite au Congrès méd. de Pérouse, sept. 1885 et *Riforma med.*, an. II, n° 32 et 33, 1886).

Mastermann. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la diphtérie (*British Medic. Journ.*, 23 janv. 1886).

Neet (John). — Croup membraneux. Trachéotomie, guérison (*Med. News*. 30 janvier 1886).

Northrup. — Croup diphtéritique (*N. Y. Patholog. Soc.*, 13 janvier; *The N. Y. Medic. Journ.*, n° 5, 30 janvier 1886).

Rauchfuss. — De la raison d'être et de la valeur de la notion chimique du croup (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*, 1885, Bd XIII, Héft 1 et 2).

Ria. — Thérapeutique. Le sublimé dans la diphtérie (*Gli Incurabili*, année I, n° 3, Naples, 1886).

Rotte. — Biiodure d'hydrargyre dans la diphtérie et la fièvre scarlatine (*Deutsche medic. Ztg.*, n° 15, 1886).

Simmons. — Nephrite aigue consécutive à la diphtérie (*Medic. Soc. of the State of New-York*, 2, 3 et 4 février. — *Medic. News*, n° 6, 6 février 1886).

Tipton (F.). — De l'usage précoce du fer dans la diphtérie (*The Medic. Record*, 9 janv. 1886).

Werner (P). — Du traitement de la diphtérie (*St Petersburger med. Wochenschr*, n° 9, 1886).

Varia.

Andrews (Edmund). — Tumeur chevelue (*Hair Mole*) du front (*Journ. of the Américc. Médic. Assoc.*, n° 8, 20 février 1886).

Arcari. — Un cas de paralysie dans le district du nerf accessoire de Willis (*Gaz. degli ospitali* n° 22, 17 mars 1886).

Audhoul (A.). — Solution contre la dysphagie des tuberculeux. (*Union méd.* n° 33, 9 mars 1886).

Baber (Creswell). — Remarques sur la théorie de l'asthme bronchique (*British Medic. Journ.*, 6 février 1886).

Backer. — Ostéome du maxillaire supérieur (Comptes-rendus de l'Acad. de méd. d'Irlande, p. 284. Fannin et Cie, édit., Dublin, 1885).

Barrs. — Paralysie labio-glosso-laryngée, avec paralysie atrophique des mains (*Leeds and West riding med. chir. Soc.* et *The Lancet*, 13 février 1886).

Barker (A.). — Extirpation d'une tumeur du cou profondément située (*The Lancet*, 30 janvier 1886).

Baumgarten (E.). — Contribution à l'étude de l'action de la cocaïne. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, février 1886).

Bracco. — Guérison de la dyspnée par l'air oxygéné (*Arch. Internaz. di Otojat.*, *Rhin*, etc., fasc. IV, Naples, 15 octobre 1885).

Bilton Pollard. — Tumeur de la glande thyroïde accessoire (*Pathol. Soc. of London* et *Lancet*, 6 mars 1886).

Boursier (A.). — Un cas de kyste thyro-hyoïdien (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 février, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 33, 14 mars 1886).

Bovet (Ch.). — De la cocaïne dans le cancer de l'œsophage (*Semaine méd.*, n° 4, 27 janvier 1886).

Bresgen (M.). — Deux d'iodisme aigu grave (*Centralbl. f. Klin. Medicin*, n° 9, 27 février 1886).

Brigade. — Le goître dans l'Himalaya (*The Dublin Journ. of the. med sc.*, mars 1886).

Chavasse. — De la Gastrotomie comme traitement du cancer de l'œsophage (*The Lancet*, 20 février 1886).

Chiari (H.). — Contribution à l'étude de l'œsophagite folliculaire (*Prager med. Wochenschr.*, n° 8, 24 février 1886).

Comptes rendus de l'Académie de médecine d'Irlande, t. III., par William Thomson, secrétaire général (Dublin Fannin, et Cie, Grafton Street. édit. 1885).

Cormac (W.) **Mac.** — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, traité d'abord par la dilatation graduelle, puis par la dilatation forcée (*The Lancet*, 30 janvier 1886).

Debout d'Estrées. — Un nouveau fait de goutte parotidienne (*Journ. de méd. et de Chir. de Bordeaux*, n° 26, 24 janvier 1886).

Deichler. — Des protozoaires parasitaires dans les crachats de la coqueluche (*Zeitschr f. Wissenschaftl. Zoologie* 45, Bd; 1 Heft 1886).

Delore. — Dilatateur de l'œsophage (*Lyon méd.*, 7 mars 1886).

Feinberg. — De l'action de la cocaïne (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 4, 25 janvier 1886).

Fremmert. — De la parotite (*Congress russischer Aerzte*, 27 déc. 1885. *Petersburger Wochenschr*, n° 4, 1886).

Gallozzi. Chondrome du maxillaire inférieur (*Rif. medica*, n° 38, Naples 1886).

Gros et Vautrain. — 1° Un cas de chondrôme pur de la glande parotide, Extirpation, guérison; 2° Un cas de chondro-sarcome de la glande sous-maxillaire. Extirpation, guérison (*Revue médic. de l'Est*, n° 2, 15 janvier 1886).

Gulliver. — Cancer du corps tyroïde (*Pathol. Soc. of London* et *The Lancet*, 6 mars 1886).

Hassal (A.). — Une nouvelle méthode d'inhalation, et un nouvel appareil (*The Lancet*, 30 janvier 1886).

Hertaux. — Epithéliome lobulé du maxillaire supérieur (*Soc. anatomique de Nantes*, 10 février. — *Gaz. méd. de Nantes*, n° 5, 9 mars 1886).

Hudson (Darwin). — Etat actuel du traitement pneumatique des maladies des organes respiratoires (*The med. Record*, 9 janvier 1886).

Hutchinson (C.P.). — Des pansements secs (pulvérisations) dans les cavités naturelles (*Lancet*, page 300, 1886).

Janervay (E. G.). — Épithélioma de l'œsophage (*N.-Y. County Medic. Assoc.*, 18 janvier, *N.-Y. Medic. Journ.*, n° 4, 23 janvier 1886).

Janervay. — Epithélioma de l'œsophage (*N.-Y. surg. Soc.* et *Med. News*, 30 janvier 1886).

Kollaczek. — Un cas rare de goître en partie intra-thoracique (*Breslauer aerztl. Zeitschr.*, n° 2, 23 janvier 1886).

Kroczak (F.). — Des épithéliums des organes respiratoires considérés dans leur rapport avec l'infection tuberculeuse (*Medic. chir. Centr.-Bl.* Vienne, 26 février et 5 mars 1886).

Kundrat (H.). — Des varices de l'œsophage (*Société império-royale des médecins de Vienne*, 12 février 1886).

Landouzy. — Du rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Gaz. des hôpit.*, n° 23, 23 février 1886).

Leplat. — Fibro-sarcome de la région maxillaire. Opération. Présentation d'appareil. (*Soc. anatomo-clinique de Lille*, 11 janv., et *Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 4, 20 février 1886).

Martin et Mayor. — Sarcome de la parotide. — Extirpation. Fistule salivaire (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 15 février 1886).

Michael. — Du traitement de la coqueluche (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 5, 1886).

Mikulicz. — Un cas de résection d'un œsophage carcinomateux, autoplastie de la partie réséquée (*Prager medic. Wochenschr.*, n° 10, 10 mars 1886).

Monnier. — Epithélioma de l'œsophage ; mort par inanition. Autopsie. (*Soc. anatomique*, 29 janvier 1886. *Progrès méd.*, n° 11, 13 mars 1886).

Morton. — Cancer siégeant au niveau du tiers de l'œsophage avec métastases dans l'estomac et le foie (*Patholog. Soc. of Philadelphie*, 14 janv. *Journ. of the Americ. m. Assoc.*, n° 4, 23 janvier 1886).

Moure (E. J.). — De la cocaïne (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 31, 28 février 1886).

Nègre. — Etude sur le chlorhydrate de cocaïne (*Thèse de Montpellier*, 1885-1886).

Porte. — Epithélioma de la lèvre inférieure (*N.-Y. Surg. med. news*, 30 janv. 1886).

P. L. — Une vertèbre dans l'œsophage (*Revista arg. de cienc. med.* n° 11, 2e année, déc. 1885).

Pianese. — Inhalomètre dans le traitement des affections broncho-pulmonaires, G. Speirani, édit., Turin, 1886.

Poulet (V.). — Note sur une teinture composée de piment des jardins, très efficace dans le rhumatisme musculaire, dans certaines névralgies et comme agent de révulsion dans les phlegmasies des muqueuses (*Bull. gén. de thérapeut.*, n° 3, 15 février 1886).

Pradal. — Contribution à l'étude du chlorhydrate de cocaïne au point de vue de ses actions physiologiques et thérapeutiques (*Thèse de Montpellier*, 1885-86).

Retterer. — Appareil hyoïdien (*Soc. de biologie*, 20 février 1886).

Ross (G.). — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Montréal med. chir. Soc.*, 19 février, et *Med. News*, 6 mars 1886).

Rothe. — La cocaïne comme anesthésique local (*Deutsche mediz. Ztg.* n° 15, 1886).

Seifert. — Démonstration d'appareils d'éclairage (*Sitzungsbericht der. Wisrzburger phys. med. Gesellschaft*, XIVe séance, 25 juillet 1885).

Streckeisen. — Contribution à la morphologie de la glande thyroïde (*Virchow's Archiv.*, CIII, 1 et 2).

Studsgaard. — Du goître. Dix-huit opérations (*Hospital Tidende*, Copenhague, 1885).

Thornton (Knowsley). — Gastrostomie pour l'extirpation d'une masse de cheveux de l'estomac (*Lancet*, page 57, 1886).

Ughetti et Mattei. — De la thyrotomie sur les chiens et le singe (*Arch. per le scienze med.*, tome IX, n° 2).

Viurva y Carreras. — Mort subite dans la coqueluche (*Gaceta med. Catalana*, 15 janvier 1886).

Werther. — Quelques observations sur la sécrétion des sels dans la salive (*Pflüger's Arch.*, 38, Heft 5 et 6).

Zeiss. — De la brucine comme anesthésique local (*Therapeutic. Gazette*, janv. 1886).

NÉCROLOGIE

M. Edouard Fournié, médecin de l'Institution nationale des sourds-muets et directeur de la *Revue Médicale Française et Etrangère*, est mort ces jours derniers à la suite d'une longue et pénible maladie.

Parmi ses travaux les plus importants nous citerons : *Étude pratique sur le laryngoscope et sur l'application des remèdes topiques dans les voies respiratoires. — Physiologie de la voix et de la parole. — Physiologie et instruction du sourd-muet. — Physiologie du système nerveux cérébro-spinal. — Essai de psychologie, la bête et l'homme. — Application des sciences à la médecine. — Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau.*

Praticien habile et doué d'une puissance d'assimilation remarquable, M. Edouard Fournié laissera, après lui, des regrets unanimes et c'est avec peine que nous voyons encore disparaître un des représentants dévoués de la science laryngologique déjà si éprouvée durant ces dernières années.

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

LES FIBRES ABDUCTRICES DES RÉCURRENTS SONT-ELLES TOUJOURS AFFECTÉES LES PREMIÈRES ?

par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse (1).

Tous les muscles du larynx, les crico-thyroïdiens exceptés, sont innervés par les récurrents et ceux-ci n'émettent de filets nerveux qu'au moment de pénétrer dans l'organe vocal. Il serait donc logique d'admettre, en théorie, que toutes les fois qu'il existe une lésion des racines ou des troncs de ces nerfs, la paralysie ou la contracture doivent affecter tous les muscles du larynx, sauf les crico-thyroïdiens, de sorte qu'on devrait rattacher tous les cas de paralysie d'un groupe musculaire isolé à une cause locale, à une lésion des filets nerveux propres aux muscles affectés.

Nul n'ignore, cependant, qu'il n'en est pas ainsi, et que dans les cas de lésions par compression ou par toute autre cause, des pneumogastriques, du spinal accessoire, ou des récurrents à leur origine ou sur leur parcours, il n'est pas rare de voir la paralysie affecter un groupe musculaire à l'exclusion de tous les autres.

Gerhard (2) le premier, en 1863, fit observer que dans les cas de ce genre la paralysie portait presque toujours sur les abducteurs. Bon nombre d'auteurs après lui, et en particulier Mackenzie et Semon, soutinrent la même opinion.

« L'expérience a démontré, dit Mackenzie (3), que les filets des abducteurs sont plus souvent comprimés que ceux qui animent les adducteurs, mais la raison de ce fait n'est pas facile à démontrer... »

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 30 avril 1886.

(2) Gerhard, *Studien u. Beobachtungen über Kehlkopflæhmung (Virchow's Archiv*, vol. XXVII, p. 88 et suiv.)

(3) Morell-Mackenzie, *Traité des maladies du larynx*. Trad. Moure et Bertier, p. 692.

Mais c'est surtout Semon qui a pris à cœur cette théorie et qui a consacré à sa défense plusieurs travaux fort remarquables et sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir. Dans le premier, il s'était contenté de soutenir que les abducteurs avaient une *tendance* à être affectés les premiers ou les seuls, pour en arriver plus tard à affirmer que ces mêmes muscles étaient *toujours* les premiers ou les seuls paralysés.

Dans sa communication au Congrès international des sciences médicales de Copenhague, Krause (1) crut pouvoir conclure de ses expériences sur le chien, que chez l'homme la position médiane des cordes vocales dans la compression des récurrents, est due à la contracture des adducteurs. Cette théorie avait été du reste émise depuis longtemps déjà par Khrishaber, et soutenue plus tard par Gouguenheim.

Malgré cette explication de Krause, la théorie de Semon fut généralement admise, et récemment encore un laryngologiste bien connu, Gottstein (2), pouvait écrire avec raison qu'elle était acceptée de tous les observateurs.

Tel était l'état de la question, lorsqu'à la dernière session de la Société de laryngologie d'Amérique, le Dr Franklin H. Hooper (3), dans un travail basé uniquement sur l'anatomie, la physiologie et l'expérimentation, combattit vivement la théorie de Mackenzie et Semon. Dans la discussion qui suivit et à laquelle prirent part les Drs Solis Cohen, Harrisson Allen, Bryson Delavan, l'auteur fut vivement félicité et l'on rapporta plusieurs faits cliniques à l'appui de la thèse qu'il venait de soutenir.

Nous n'avons pas la prétention de démontrer dans ce travail la fausseté de l'opinion de Semon. Notre expé-

(1) Krause, Recherches et études sur les contractures des cordes vocales. *Virchow's Archiv*, Band. 98, Heft. 2, p. 294.

(2) Gottstein, *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, p. 192, Wien, 1884.

(3) Hooper, The respiratory fonction of the human larynx (*The N. Y. Med. Journ.*, 4 juillet 1884).

rience personnelle n'est pas suffisante pour cela; les arguments et les faits sur lesquels nous pouvons nous appuyer ne sont pas assez nombreux. Nous nous sommes proposé simplement d'exposer avec impartialité l'état de la question, en reproduisant les principaux arguments pour ou contre apportés par Semon et Hooper, nous réservant de rapporter ensuite un cas fort intéressant que nous avons eu l'occasion d'observer et d'en tirer les conclusions qu'il nous paraît comporter.

« La paralysie isolée des fibres abductrices du récurrent, dans les cas de lésions ou d'affection des racines ou des troncs du spinal accessoire, du pneumogastrique et du récurrent, ne constitue pas, dit Semon (1), une curiosité pathologique isolée, mais il existe dans les cas de ce genre une tendance des fibres abductrices à être affectées de meilleure heure que celles des adducteurs et même à l'exclusion de celles-ci. » A l'appui de cette assertion, il rapporte vingt-deux observations de paralysie uni-latérale ou bilatérale des abducteurs, consécutive à différentes causes (affection cérébrale, tuberculose pulmonaire, anévrysme de l'aorte, etc.). Il aurait pu facilement en réunir un plus grand nombre, mais cela ne lui a pas paru nécessaire, car non seulement il n'a *jamais* lui-même observé, mais encore il n'a pas trouvé dans la littérature médicale un seul cas de paralysie des adducteurs consécutive à une affection organique (2) du cerveau ou des troncs nerveux.

Cette tendance, Semon cherche à l'expliquer de plusieurs manières. On peut admettre :

1° Que les fibres du récurrent sont disposées concentriquement et que celles de l'abducteur sont placées à la périphérie et par conséquent plus exposées aux lésions venant de l'extérieur.

(1) Semon : Clinical Remarks on the proclivity of the abductor fibres of the recurrent Laryngeal nerve to become affected, etc. (*Arch. of Laryng.*, vol II, n° 3, juillet 1881).

(2) Dans les « névroses, » ce sont les adducteurs qui paraissent être affectés de préférence.

2° Que les fibres abductrices sont plus susceptibles d'être lésées, ou ce qui revient au même, que dans les cas de lésions partielles des fibres adductrices les quelques fibres demeurées indemnes suffisent à transmettre aux adducteurs l'excitation nerveuse.

3° Que les adducteurs reçoivent un supplément de force nerveuse du laryngé supérieur.

Il a soin toutefois de faire observer que chacune de ces hypothèses prête à la critique et ne suffit pas à expliquer les faits d'une manière satisfaisante.

Mais pour être inexpliqués, les faits n'en existent pas moins. On doit les adopter.

Dans un second travail, publié sur le même sujet en 1883, il soutint que les fibres abductrices étaient toujours les premières affectées. Dans ce travail (1), il rapporte cinquante-huit cas, dont vingt-un avec autopsie, « qui démontrent que dans les différentes lésions organiques, centrales ou périphériques des nerfs moteurs du larynx, les abducteurs sont toujours les seuls ou tout au moins les premiers affectés. » Si les observations publiées jusqu'ici ne sont pas en plus grand nombre, cela tient à ce fait que la paralysie unilatérale de l'abducteur, ne produit aucune gêne, ne se révèle par aucun symptôme et par conséquent passe fort souvent inaperçue. Aussi doit-on pratiquer l'examen laryngoscopique, dans tous les cas où il existe une compression probable des centres ou des troncs du récurrent.

Que les cas de paralysie des adducteurs consécutifs à la compression des récurrents soient rares, je l'admets ; qu'il n'en ait pas été rapporté dans la littérature médicale, c'est possible. Théoriquement, toutefois, ils peuvent se produire, et l'observation suivante est une preuve que le fait peut, du domaine de la théorie, passer dans celui de la pratique :

(1) Semon : Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior (Récurrens). *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1883, n° 46. Tirage à part, p. 21.

Observation. — *Goître kystique, paralysie unilatérale des adducteurs consécutive à la compression du récurrent droit*

M. X..., cultivateur, âgé de cinquante ans, né à Reygade (Corrèze), vient me trouver au mois de septembre 1885. De constitution robuste, il n'a jamais fait aucune maladie. Il nie la syphilis et n'en présente d'ailleurs aucune trace. Pas d'antécédents héréditaires. Marié, père de famille, ses enfants sont en parfaite santé.

Quatre mois auparavant, il s'est aperçu que sa voix s'altérait, et au bout de quelques jours il est devenu complètement aphone. Dans les premiers temps, il s'inquiéta fort peu de cet état, il n'éprouvait en effet aucune douleur, attribuait la perte de la voix à un « coup d'air » et s'imaginait que l'aphonie ne tarderait pas à disparaître.

Mais, à cette même époque, il voyait apparaître une tumeur sur le côté droit du cou; l'aphonie ne disparaissant pas et la tumeur s'accroissant, il va trouver plusieurs médecins, et après avoir essayé sans succès les divers traitements qui lui sont conseillés, il vient me trouver au commencement de septembre.

Le malade ne se plaint d'aucun autre symptôme que de l'extinction de voix qu'il éprouve, il n'a pas et n'a jamais éprouvé la moindre gêne respiratoire, la déglutition est un peu gênée, mais cependant s'effectue sans douleurs. Le malade a bien soin de faire observer que les symptômes laryngés se sont manifestés pour la première fois lors de l'apparition de la tumeur dont nous avons déjà parlé. Nous constatons en effet à droite, derrière l'articulation sterno-claviculaire, une tumeur ovoïde, molle et fluctuante; elle plonge en bas derrière le sternum et la clavicule et il nous est impossible de la délimiter à la partie inférieure, mais en haut elle remonte le long de la trachée et à droite jusqu'au niveau du thyroïde. La portion visible de la tumeur a le volume d'un œuf de poule.

Nous pratiquons l'examen laryngoscopique : le larynx, pendant l'expiration, apparaît absolument sain, les cordes vo-

cales s'écartent très bien de la ligne médiane, laissant voir l'espace glottique avec sa forme triangulaire normale.

Il n'en est pas de même pendant la phonation. Si l'on fait prononcer au malade la lettre *é*, on voit la corde vocale gauche se placer sur la ligne médiane, mais la droite ne se rapproche pas de sa congénère et décrit une courbe à concavité interne qui limite un espace ovolaire de plusieurs millimètres, *à travers lequel on peut distinguer facilement le premier anneau de la trachée*. Toutes les autres parties du larynx ont leur aspect ordinaire. Les deux aryténoïdes restent toujours situés sur le même plan, quels que soient les mouvements qu'on leur fasse exécuter, ce qui éloigne toute idée de contracture.

Le diagnostic nous paraît donc s'imposer : paralysie unilatérale des adducteurs. Si nous considérons d'autre part que les phénomènes laryngés se sont manifestés à l'époque de l'apparition de la tumeur qui nous paraît être un goître kystique, que le malade ne présente dans tout son organisme aucun phénomène morbide pouvant expliquer l'état du larynx, il nous paraît raisonnable d'admettre que la paralysie était la conséquence de la compression du récurrent droit par la tumeur.

Dans son premier travail, Semon affirmait simplement une *tendance* des fibres abductrices du récurrent à être affectées les premières. Le fait que nous venons de rapporter ne suffit pas à prouver que cette *tendance* n'existe pas, mais il démontre, d'une façon certaine, qu'elles ne *sont pas toujours* affectées les premières. On peut donc, si l'on veut, admettre une tendance des fibres abductrices à la paralysie, mais rien de plus.

Mais cette tendance elle-même est vivement niée par Hooper. Dans son travail précédemment cité, il s'appuie pour combattre la théorie de Semon sur l'anatomie, la physiologie et l'expérimentation.

Pourquoi les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs feraient-ils exception à cette loi physiologique émise

par Longet (1) : « Les moyens d'innervation propres à entretenir le jeu d'un organe se multiplient en raison de son importance physiologique » ? Or, si le larynx est l'organe de la phonation, il sert aussi à la respiration, et cette dernière fonction est, au point de vue de la conservation de l'individu, plus importante que la première, par conséquent les muscles qui y président doivent recevoir un supplément de force des nerfs respirateurs. Le fait est certifié par Longet (2) qui dit en propres termes : « Si la phonation, fonction secondaire et accessoire, dépend d'un nerf unique et disparaît avec lui, la dilatation respiratoire de la glotte est sous la dépendance de nerfs multiples qui, dans certaines limites, peuvent se suppléer les uns les autres. Aussi, comme je l'ai déjà fait remarquer, précisément avant de donner origine aux récurrents qui animent les muscles cricoaryténoïdiens postérieurs, voit-on les pneumogastriques emprunter des fibres motrices à des nerfs qui tous interviennent dans la respiration. » Ce supplément de force nerveuse, ne le recevraient-ils que pour être plus accessibles au mal ? Et d'un autre côté, dit Hooper, si les fibres nerveuses qui animent les adducteurs, ont une plus grande force que celles des dilatateurs, pourquoi l'excitation des récurrents n'amène-t-elle pas l'*adduction* au lieu de déterminer l'*abduction* des cordes vocales ?

Et ce n'est pas seulement au point de vue de l'innervation, mais encore au point de vue de la puissance musculaire que les abducteurs l'emportent sur leurs antagonistes. S'il est vrai, en effet, que, considérés au point de vue du nombre, les abducteurs sont aux adducteurs, comme deux est à cinq ; il n'en est pas de même au point de vue du nombre et du volume des fibres musculaires. Celles des abducteurs, en effet, sont au moins égales en force et en volume à celles des dilatateurs réunis.

(1) Longet : cité par Hooper. *Traité de physiol.*. vol. III, p. 512, Paris 1869.

(2) Cité par Hooper. *Loc. cit.*

Hooper a expérimenté sur des chiens plongés dans l'anesthésie la plus profonde; il excitait les récurrents, soit à l'aide de substances caustiques, soit par les courants électriques ou par tout autre moyen. Il résulte de ses expériences que les crico-aryténoïdiens postérieurs ont une force de résistance considérable, supérieure à celle des adducteurs.

Dans l'organisme, les muscles de la respiration sont les derniers atteints; pourquoi exception serait-elle faite pour les crico-aryténoïdiens postérieurs? D'ailleurs, dit Hooper, en terminant, s'il est vrai que les fibres de l'abducteur ont une tendance à être atteintes les premières et que la paralysie unilatérale est une affection si commune, nous devrions admettre, en théorie, que la paralysie bilatérale de ce muscle est une maladie très commune; or, personne ne conteste que la paralysie bilatérale est aussi rare que dangereuse. Il se propose d'étudier la question au point de vue clinique; il espère pouvoir expliquer la position médiane des cordes vocales autrement que par *la tendance à être affecté* d'un des muscles les plus puissants de l'organisme.

Nous avons exposé aussi fidèlement que possible les arguments pour ou contre la théorie de Semon. Concluons, en terminant, que s'il n'est pas encore absolument démontré que les abducteurs *ont une tendance* « proclivity » à être atteints les premiers, l'observation que nous avons rapportée prouve suffisamment que la paralysie peut débuter par les adducteurs et que leurs antagonistes ne sont pas *toujours* les premiers affectés.

CENTRE CORTICAL LARYNGÉ. — PARALYSIES VOCALES D'ORIGINE CÉRÉBRALE

Par le Dr J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

La recherche patiente des centres corticaux a déjà donné des résultats nets et précis. Plusieurs d'entre eux

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 29 avril 1886.

sont actuellement admis par tous, basés d'ailleurs par l'expérimentation et la clinique. L'hypothèse d'un centre laryngé s'imposait naturellement et plusieurs travaux récents en France, ceux surtout de Cartaz, Lannois et Rebillard, ont condensé tout ce qui avait été dit jusqu'à ce jour sur ce sujet, soit chez nous, soit à l'étranger.

L'expérimentation a donné, entre les mains de Krause, tout ce qu'elle pouvait donner, et cet auteur est arrivé à cette conclusion qu'il existe chez le chien dans les deux hémisphères cérébraux, un point de la partie antéro-externe du gyrus præfrontalis dont la destruction empêche définitivement l'animal d'aboyer.

La clinique n'a pu recueillir que quelques faits peu importants par eux-mêmes, mais qui deviendront plus confirmatifs lorsqu'ils recevront la sanction de faits plus précis.

Après avoir lu les travaux ci-dessus mentionnés, je me suis mis à la recherche d'observations nouvelles, et parmi celles que j'ai pu réunir en quatre ou cinq mois, il en est une qui me paraît capitale, car elle autorise à fixer déjà dans un point très limité de l'écorce, le centre laryngé. Je vais donner quelques détails sur cette première observation.

Obs. I. — Anne Futel, âgée de soixante-douze ans, entre dans mon service à l'Hôtel-Dieu le 9 janvier 1886, sans le moindre renseignement sur ses antécédents. Elle a été frappée d'une attaque d'apoplexie il y a deux jours, avec perte de connaissance, hémiplégie droite, paralysie faciale du même côté et aphasie.

La malade reprend peu à peu connaissance, mais l'aphasie ne disparaît pas complètement; pendant plusieurs jours, elle ne répond que par une sorte de grognement ressemblant un peu à un *oui*.

Je l'examine au laryngoscope cinq jours après son entrée, croyant trouver peut-être chez elle une paralysie de la corde vocale droite comme dans les faits rapportés déjà par

divers auteurs; mais je suis très surpris de voir que c'est la corde vocale gauche au contraire qui est paralysée. J'examine avec soin le trajet abordable du récurrent gauche sans trouver aucun signe de compression. Le larynx ne présente aucune lésion pouvant expliquer la position cadavérique de la corde gauche. Je déclare alors, à mon interne, que cette paralysie pourrait s'expliquer par des lésions bilatérales du cerveau et que si la malade succombait, nous pourrions trouver, outre les lésions classiques de l'hémisphère gauche, une lésion localisée à la troisième frontale dans l'hémisphère droit. L'examen laryngoscopique, répété plusieurs fois, a toujours donné le même résultat.

Dans la nuit du 25 au 26 janvier, c'est-à-dire dix-neuf jours après le début, la malade prend une nouvelle attaque et succombe, les quatre membres étant dans un état complet de flaccidité.

A l'autopsie, lésions athéromateuses des vaisseaux de la base du cerveau. L'hémisphère gauche présente quatre ou cinq points de ramollissement rouge répondant aux lésions classiques : aphasie et paralysie des membres du côté droit.

L'hémisphère droit présente également des lésions très localisées à la partie postérieure de la 3e frontale, un véritable foyer de ramollissement peu étendu n'intéressant que l'écorce et plongeant au niveau du sillon en avant de la frontale ascendante. Cette dernière en bas a une surface légèrement dépolie mais sur la surface seulement.

A ce fait, très important, j'ajouterai d'autres faits qui n'ayant pas eu de confirmation anatomique n'ont plus la même valeur.

Obs. II. — Mme B..., soixante-huit ans (décembre 1885). Insuffisance mitrale. Embolie. Hémiplégie droite et aphasie. *Paralysie complète de la corde vocale droite.* Mort. — Pas d'autopsie.

Obs. III. — Etienne Guét... (Hôtel-Dieu, février 1886). Hémiplégie gauche datant de décembre 1885. *Corde vocale gauche en position cadavérique.*

Enfin, je puis citer le cas d'un monsieur âgé de soixante-dix-neuf ans qui ne présente aucune paralysie de la face et des membres. L'année dernière j'avais constaté chez lui une paralysie de la corde vocale gauche dont je n'avais pas déterminé l'origine. Le 24 avril dernier, je revois M. T..., toujours porteur de sa paralysie vocale avec une légère atrophie de la corde, et ne pouvant parler qu'en voix de tête et avec raucité. Il me raconte alors que ses troubles laryngés ont débuté il y a quatre ans à Paris. En se levant le matin, il remarqua qu'il était aphone. Depuis cette époque, il n'a jamais retrouvé qu'une voix faible avec les caractères que j'ai énoncés. Comme M. T... a eu l'année dernière un vertige intense avec chute en se levant la nuit et que depuis cette époque il a conservé de la tendance au vertige, on est parfaitement en droit de conclure chez lui à des troubles vasculaires cérébraux par athérome et à l'existence très probable d'un foyer de ramollissement très localisé en arrière de la troisième circonvolution frontale droite. J'ajoute même que cette monoplégie vocale permet de porter un pronostic grave pour l'avenir.

A côté de ces observations en faveur de la localisation laryngée, je ferai remarquer que les cas d'hémiplégie avec paralysie vocale, ne sont pas très fréquents, car, la semaine dernière, suppléant un de mes collègues à l'hospice du Perron, j'ai examiné au hasard 11 hémiplégiques dont 7 avec aphasie définitive ou transitoire. Aucun d'eux ne présentait de paralysie d'une corde vocale.

En étudiant sérieusement les cas donnés comme très favorables à la localisation que nous cherchons, nous n'en avons trouvé que 5 publiés antérieurement :

1° *Cas de Lewin.* — Hémiplégie gauche. — Paralysie de la corde vocale gauche. — *Pas d'autopsie.*

2° *Cas de B. Delavan.* — Hémiplégie gauche complètement guérie. — Paralysie persistante de la corde vocale gauche. *Le malade vit encore.*

3° *Cas de Seguin.* — L'hémiplégie gauche guérit; la paralysie vocale gauche persiste. Mort après hémiplégie droite. A l'autopsie, lésions multiples, mais il y a un point localisé à la troisième frontale droite. Cette observation *n'a pas eu le contrôle du laryngoscope.*

4° *Cas de Landouzy* (cité par Cartaz). — Hémiplégie droite. — Paralysie de la corde vocale droite. — *Pas d'autopsie.*

5° *Cas de Luys* (cité par Rebillard). — Hémiplégie droite. — Lésions trop nombreuses à l'autopsie.

Toutes les autres observations publiées doivent être éliminées pour le moment, ainsi que mes observations II et III, car elles ne prendront une valeur confirmative qu'après la démonstration du siège cortical laryngé.

Quant à mon observation I, je la fais passer avant toutes les autres, car c'est la première aussi complète; l'observation de Seguin seule s'en rapprocherait un peu, et encore elle ne fut pas contrôlée par l'examen laryngoscopique. En résumé, le centre cortical laryngé doit être placé dans la troisième frontale, au niveau du pied de cette circonvolution et vers le sillon qui la sépare de la frontale ascendante. C'est un fait acquis, car un symptôme qui nous a permis de soupçonner un diagnostic et de le vérifier à l'autopsie ne doit pas être considéré comme une simple hypothèse.

DEUX CAS DE LYPÉMANIE AVEC DÉLIRE DE PERSÉCUTION CARACTÉRISÉ PAR DES HALLUCINATIONS DE L'ODORAT, DU GOUT ET DE L'OUIE CONSÉCUTIVES A DES ALTÉRATIONS DE LA MUQUEUSE BUCCALE, NASALE ET NASO-PHARYNGIENNE ET DU SQUELETTE DES FOSSES NASALES

par le Dr L. **ROUGIER**, de Lyon.

J'ai l'honneur, Messieurs, de vous soumettre les observations de deux malades, qui ont présenté des signes

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 29 avril 1886

très nets d'aliénation mentale à la suite d'affection de la gorge et des fosses nasales.

Je crois devoir considérer ces deux délires, identiques dans leurs évolutions et dans leurs manifestations, non pas comme étant dus à une simple coïncidence de lésions syphilitiques ou traumatiques, mais comme étant la conséquence naturelle d'altérations nerveuses sensorielles dépendant de ces mêmes lésions.

Voici ces observations :

Obs. I. — Dans le courant de l'année 1884, au mois de décembre, je reçus dans mon cabinet un homme de trente-cinq ans, artiste de cafés-concerts, engagé pour la saison d'hiver à Lyon.

Cet artiste, Jules D., me déclara qu'il avait contracté à peu près deux ans auparavant, en Egypte, au Caire, la syphilis avec une négresse. Il se plaignait de troubles du côté de la gorge et des cavités nasales.

La déglutition était devenue depuis quelque temps difficile; elle s'accompagnait de douleurs qui s'étendaient jusque dans les oreilles et parfois de bourdonnements et de surdité passagère.

Du côté des fosses nasales, il avait constaté un écoulement de mucosités très considérable, quelquefois mélangé à des épistaxis légères, et surtout il était incommodé par une extrême fétidité de l'haleine qui lui avait été d'abord signalée par ses camarades et dont il prétendait se rendre lui-même parfaitement compte.

Il n'hésitait pas à rejeter la cause des différentes symptômes qu'il présentait sur sa diathèse syphilitique.

Il n'avait du reste aucun antécédent héréditaire ni personnel et paraissait être de complexion assez robuste.

Quelques jours après l'apparition du chancre, bubons inguinaux engorgés se terminant sans suppuration.

Au mois de mars, roséole très confluente sur le ventre et les flancs, caractérisée, au dire du malade, par des petits points rouges; à peu près à la même époque, le malade eut

quelques croûtes vers le sillon nasolabial et les attribua au feu du rasoir, tandis qu'elle provenaient très probablement de la même cause infectieuse.

Cette éruption fut assez tenace, le malade n'avait suivi que très médiocrement le traitement normal indiqué par un médecin italien du Caire. Il avait pris à peu près une vingtaine de pilules de Dupuytren.

L'éruption ne disparut qu'au mois de juillet.

En même temps que se manifestait cette roséole, les cheveux tombèrent rapidement et surtout par îlots sur les parties latérales du crâne.

Des plaques muqueuses à l'anus en assez grande quantité, l'incommodaient pendant l'époque des fortes chaleurs, elles cédèrent facilement à des lotions avec de la liqueur de Van Swieten, mais revinrent avec persistance.

Il en fut à peu près débarrassé à partir du mois de novembre de la même année.

Il était à cette époque revenu en France, et pendant les huit premiers mois de l'année 1884 ne fut incommodé par aucun accident extérieur, mais il fut sujet à des céphalalgies fréquentes et à des névralgies faciales très douloureuses. C'était la première fois qu'il en éprouvait, il les attribua à l'abus de la cigarette et cessa peu à peu de fumer.

A la fin du mois de septembre 1884, il commença à constater le début des symptômes pour lesquels il venait me consulter, et ces symptômes, depuis deux mois et demi, augmentaient chaque jour d'intensité.

En l'examinaut il me fut facile de voir qu'il présentait des signes de stomatite, d'angine et de coryza syphilitiques.

En lui faisant ouvrir la bouche et en pratiquant l'examen à la lumière réfléchie, je constatais des ulcérations assez nombreuses à forme arrondie et elliptique. Elles siégeaient à droite sur le pilier antérieur du voile du palais ; en arrière on pouvait avec un miroir pharyngien en constater vers l'ouverture des trompes d'Eustache. La langue présentait également des ulcérations au niveau des dents, surtout du côté gauche; ces ulcérations irrégulières paraissaient être

constituées par des vésico-pustules assez rapprochées les unes des autres.

L'examen laryngoscopique ne dénotait rien de particulier et la voix ne présentait pas de raucité spéciale.

Ces ulcérations superficielles expliquaient facilement la gêne de la déglutition, les douleurs s'irradiant vers l'oreille, les bourdonnements et la surdité passagère consécutive.

La muqueuse des fosses nasales présentait des lésions analogues mais beaucoup plus répandues. Elles consistaient à droite en tubercules situés sur les muqueuses des cornets inférieurs et moyens et de la cloison; à gauche sur la cloison, se trouvait une ulcération profonde s'étendant en largeur.

Le fond était grisâtre, d'aspect pultacé : cette ulcération, plus profonde que celles que j'avais constatées dans la bouche, était évidemment consécutive à un tubercule enflammé.

Toujours à droite et grâce à un spéculum fenestré, on pouvait apercevoir d'autres ulcérations sur le cornet moyen situées assez profondément.

La muqueuse était généralement gonflée; elle sécrétait abondamment et l'examen du malade était réellement très pénible, à cause de la fétidité extrême de son haleine.

Je lui indiquai le traitement général à suivre : frictions mercurielles sous la plante des pieds, et en présence de la syphilide tuberculeuse des fosses nasales, accident de transition, je prescrivis également l'iodure de potassium.

Outre le traitement général, j'instituai comme traitement local des gargarismes astringents, quelques pulvérisations avec une solution légère de liqueur de Van Swieten et des cautérisations tantôt avec de la teinture d'iode, tantôt avec du nitrate d'argent.

Les ulcérations de la bouche disparurent assez rapidement.

Il n'en fut pas de même du côté du nez. La solution de nitrate d'argent au 10e qui m'avait bien réussi pour les ulcérations de la cavité buccale étaient insuffisantes pour les lésions des fosses nasales, et je recourus aux cautérisations avec du chlorure de zinc. Le malade suivit son traitement d'une façon assez régulière pendant tout le premier mois.

Peu à peu, son caractère me parut devenir chaque jour de plus en plus inquiet. Il était extrêmement affecté de son état et présentait une véritable dépression morale. Il y avait à peu près trois semaines qu'il était en traitement lorsqu'il commença à se plaindre très vivement du dégoût qu'il éprouvait pour toute alimentation. — J'attribuai cet état, en partie, au traitement général qui pouvait l'éprouver et à un peu de gingivite; mais ces plaintes prirent bientôt un caractère spécial qui me frappa par sa forme toujours identique. Tout ce qu'il mangeait lui paraissait empoisonné. C'est ainsi qu'il retrouvait dans son potage, *des odeurs de soufre* : non seulement il en percevait le goût, mais il prétendait surtout en être extrêmement incommodé par l'odeur. Depuis ce moment, il le supprima complètement. Bientôt après, ce fut le vin qu'il ne put plus boire, il prétendit qu'il était aigri, changea plusieurs fois sa provenance et me déclara brusquement un jour qu'il se rendait parfaitement compte que ses camarades, jaloux de son talent et désireux de lui voir résilier son engagement, s'étaient entendus pour lui nuire. C'étaient eux qui, pour le faire partir du restaurant où ils dînaient ensemble, lui mettaient de l'*arsenic* dans son vin.

Depuis cette époque, il présenta tous les symptômes d'un délire de persécution très net caractérisé par de la lypémanie et des perversions de l'odorat, du goût et de l'ouïe.

Il se séquestra presque complètement chez lui, ne sortant que pour venir à mon cabinet, se fit monter ses repas dans sa chambre et sur mon conseil résilia son engagement.

J'espérais, en l'enlevant au milieu dans lequel étaient nées ses premières idées délirantes que son état mental s'améliorerait.

Il n'en fut rien : Je constatai successivement des troubles de l'odorat, du goût et de l'ouïe.

a) *Des troubles de l'odorat.* — Les sensations olfactives étaient aussi fréquentes sinon plus chez ce malade que celles qui affectaient le goût et l'ouïe.

Successivement il perçut dans ce qu'il mangeait et dans l'air qu'il respirait, l'odeur du *chlore*, du *soufre*, de

l'*arsenic*, de l'*urine* et très souvent des *matières fécales*.

Ces sensations extrêmement fortes le réveillaient au milieu de la nuit : l'impression de l'air extérieur qu'il cherchait en ouvrant sa croisée ne les modifiait pas.

b) Troubles du goût. — Les sensations gustatives étaient à peu près liées aux sensations olfactives.

Il faisait une consommation assez considérable de sel de Vichy, prétendant que c'était un contrepoison très efficace contre tous les principes vénéneux que ses camarades trouvaient le moyen de verser toujours dans ses aliments. — Peu à peu, il avait éliminé tous les restaurants du quartier et se nourrissait exclusivement de lait, de pâtes alimentaires qu'il achetait lui-même et qu'il faisait cuire sur un réchaud à gaz.

Ces sensations du goût et de l'odorat furent toujours des sensations désagréables ; jamais il n'a perçu de parfums, ou d'impressions sucrées, ce que j'ai constaté dans le délire de persécution et les hallucinations qui frappent les malades atteints d'ataxie locomotrice.

c) Troubles de l'ouïe. — Ces troubles consistaient en bourdonnements très intenses qui, peu à peu, se changèrent en *sifflement* et en *chuchotement* à l'oreille. Enfin il entendit des paroles articulées et me déclara qu'on lui criait, à travers le mur, qu'il *était un pédéraste et un voleur*, ce qui l'indignait fortement.

Il avait négligé beaucoup son traitement, me prenant parfois en défiance et refusant de se laisser examiner. Je fus bientôt dans l'impossibilité absolue de lui faire prendre le moindre médicament.

Il atteignit ainsi la fin du mois de février et je cessai de le voir à partir du 22, car je m'absentai pendant un mois pour venir à Paris.

Je ne le revis plus que quelques jours après mon retour à Lyon, et jusqu'au 8 avril je n'avais plus eu de ses nouvelles lorsque son beau-frère me le ramena.

Il était resté pendant près de deux mois entiers sans vouloir suivre aucun traitement et son état local s'était considérablement aggravé.

L'ozène était beaucoup plus accentué. Le malade ne pouvait que difficilement respirer par le nez, la voix était nasonnée et il y avait un écoulement abondant de muco-pus, mélangé de sang épais ressemblant à de la purée verdâtre.

De plus, les névralgies étaient revenues sous forme de lancées douloureuses, sourdes, profondes, et s'accompagnaient de larmoiement et de conjonctivite.

Le malade se refusa absolument à se laisser examiner plus complètement, mais consentit, non sans beaucoup de difficultés et de méfiance, à recommencer son traitement général.

Il présentait toujours les mêmes idées délirantes, mais avec un peu moins d'intensité. Il s'observait, se plaignait moins de ses camarades, mais ne voulait toujours manger que des aliments que son beau-frère essayait devant lui.

Il suivit ainsi un traitement général, mercure et iodure de potassium, pendant près d'un mois, mais ne voulut faire aucun traitement local, si ce n'est quelques injections de propreté.

A la fin du mois de mai, je fus appelé chez lui, il venait d'éliminer un séquestre qui provenait du cornet inférieur.

La cicatrisation se fit très rapidement. Le pus qui s'écoulait des bords de l'abcès, d'abord grisâtre, fétide et chargé de petits grains osseux, perdit ces caractères en quelques jours. La suppuration se tarit, la cicatrisation s'opéra et trois semaines après, tout gonflement avait disparu et il ne restait plus qu'une cicatrice déjà déprimée.

L'apparence extérieure du nez ne fut pas modifiée.

A partir du jour même de l'expulsion du séquestre, le malade n'accusa plus d'hallucinations de l'odorat ni du goût, et je fus obligé de reconnaître que ses idées délirantes disparurent en même temps. Il consentit à se laisser soigner; les ulcérations du nez et de la gorge disparurent après quelques cautérisations.

Il cessa de montrer ses idées de persécution, prit rapidement le dessus et dans le courant du mois de juillet, quitta Lyon, n'offrant plus à cette époque aucun signe actif de sa diathèse syphilitique ni aucun trouble mental.

J'eus de ses nouvelles dans le courant du mois d'octobre et je reçus sa carte au premier janvier de cette année avec quelques mots me disant qu'il se trouvait parfaitement bien.

Je le revis enfin au mois de février de cette année, il était dans un état satisfaisant au double point de vue de sa syphilis et de son état intellectuel.

Si nous revenons sur l'observation de ce malade, nous voyons en somme que nous avons eu affaire à un syphilitique, présentant des signes de stomatite, d'angine et de coryza syphilitiques, caractérisés par des syphilides vésico-pustuleuses et tuberculeuses, se compliquant de carie et de nécrose consécutive, avec névralgies sourdes, profondes, accident qui, dans ce cas, me paraît appartenir aux accidents tardifs secondaires ou accidents de transition, plutôt qu'aux caries et nécroses primitives, qui sont des accidents tertiaires.

Les troubles intellectuels ont apparu quelque temps après le début de ces manifestations et ont cessé brusquement après l'élimination du séquestre nécrosé. — Ils ont été produits par des hallucinations de l'odorat, du goût, de l'ouïe, au moment où les muqueuses qui répondent à ces organes sensoriels, étaient affectées, et ces hallucinations qui, pour moi, ne sont pas une simple coïncidence avec l'affection syphilitique, *mais le résultat d'une irritation nerveuse sensorielle, produite soit mécaniquement par la lésion, soit par des névrites consécutives*, ont engendré, chez le malade, qui ne se rendait pas compte de leur origine et les interprétait mal, un véritable délire de persécution.

Les lésions disparaissant, le délire a disparu en même temps que se faisait la cicatrisation des ulcères et de l'abcès du séquestre.

J'eus la même année à soigner une malade qui offrait un cas analogue, sinon aussi complet, mais présentant du moins de nombreux caractères communs.

Voici son observation :

Obs. II. — Jeanne C..., demeurant à Lyon, rue Sernent, n° 29, mariée, mère de trois enfants, âgée de quarante-cinq ans, vient me consulter le 15 juillet de cette année pour des douleurs très vives dans le front et le sommet de la tête.

Cette malade présentait un gonflement très prononcé des sinus frontaux de chaque côté, et l'origine de cette inflammation était facile à trouver en regardant seulement la malade dont le nez était absolument affaissé par disparition de son squelette cartilagineux.

Voici l'histoire de sa maladie :

A l'âge de trente-trois ans, douze ans auparavant, elle reçut sur le nez un coup de poing de son mari; le nez enfla et pendant près de trois mois ce gonflement persista, la malade mouchait du sang mélangé à des mucosités.

Cette enflure disparut et le nez resta tordu à droite mais sans affaissement.

Un an après, étant occupée à laver dans sa cour par un grand vent, elle reçut, d'un petit auvent situé à 3 mètres au-dessus, une tuile sur le nez. Elle eut, dit-elle, le nez complètement aplati et fut malade pendant plus de six mois; le nez était très enflé. Il y avait un écoulement continuel par une fistule au-dessus de la narine droite; elle éprouvait de vives douleurs dans toute la face et ses yeux présentaient un larmoiement très intense qui l'empêchait d'y voir.

Elle fut soignée à cette époque par le Dr Gaittetois, de Lyon, qui lui donna de l'iodure de potassium, et lui fit des cautérisations au nitrate d'argent.

Pendant trois années consécutives, elle continua à présenter ce même écoulement muco-sanguinolent et son nez s'affaissa brusquement à l'âge de quarante ans ; à différentes reprises elle prétendit avoir éliminé de petits os.

Il y a cinq ans, les sinus enflèrent pour la première fois, elle eut des douleurs très vives dans la tête jusque derrière le crâne. Ces douleurs revenaient plus souvent par les temps humides et froids. Elle restait parfois deux ou trois mois de suite sans les ressentir.

Depuis un an les douleurs sont plus vives et plus fréquentes et elle a un écoulement de purée verdâtre presque quotidien par les deux ouvertures nasales antérieures.

La malade ne m'a présenté aucun signe de diathèse antérieure syphilitique, ni scrofuleuse, qui puisse expliquer son affection. Ce sont donc bien les deux traumatismes consécutifs à un an d'intervalle : coup de poing sur le nez et chute d'une tuile sur le même organe, qui ont amené tous ces désordres.

Il n'y a non plus pas de signe d'aliénation mentale dans sa famille, ce qui est à retenir.

J'examinai la malade avec le spéculum nasi et le miroir pharyngien.

En avant, on ne trouvait plus aucune trace de cloison ni de cornet inférieur et moyen, mais un hiatus béant tapissé postérieurement par une muqueuse gonflée ramollie et couverte d'ulcérations.

En introduisant un stylet et en le dirigeant en haut on sentait manifestement qu'il pénétrait dans du tissus rugueux et donnait cette sensation de petites fractures se produisant sur son passage ; il s'écoulait après l'exploration un peu de sang noir et sanieux.

Postérieurement on aperçoit un rudiment de cloison en haut mais aucune trace des cornets inférieurs et moyens ; à droite de ce même côté le cornet supérieur apparaissait plus visible qu'à l'état normal.

A gauche on voyait une tumeur oblongue irrégulière, ulcérée, qui me parut appartenir au cornet moyen. Il n'y avait pas de traces du cornet inférieur et on n'apercevait pas le cornet supérieur.

Extérieurement le nez était absolument affaissé, une très mince bride de peau séparait, sur une épaisseur d'à peine un quart de centimètre, les ouvertures antérieures. Une cicatrice profonde, déprimée, située au-dessus de la narine droite, la relevait encore davantage.

Il n'y avait pas d'abcès dans l'angle interne de l'orbite, mais les bosses frontales étaient très saillantes et douloureuses au toucher.

Je me trouvais donc en présence d'une malade ayant eu, à la suite de deux violents traumatismes, des fractures probables des os et des cartilages du nez, suivies de nécrose et de coryza ulcéreux. — Cette inflammation s'était étendue très probablement par propagation de la membrane de Schneider à la muqueuse du sinus.

Les produits de sécrétion s'écoulaient assez facilement dans les fosses nasales et par suite il n'y avait pas d'hydropisie bien marquée du sinus frontal.

Les douleurs étaient sourdes, partaient bien de la racine du nez et s'irradiaient jusque derrière la tête; elles venaient également sous forme d'accès névralgiques et la malade les attribuait à de fortes migraines.

J'instituai un traitement local contre le coryza.

Je laissai de côté les insufflations pulvérulentes qui conviennent mieux au coryza sec et je me servis des douches naso-pharyngiennes, tantôt avec de l'eau sulfureuse, tantôt désinfectante avec de l'acide salycilique.

Pour les ulcérations je les cautérisai fréquemment avec de la teinture d'iode et du perchlorure de fer.

Enfin je cherchai à entretenir et à agrandir la fistule qui faisait communiquer les sinus avec les cavités nasales et pour cela je me servis avec succès des *cautérisations galvaniques* au moyen d'un cautère en pointe dont je me servis comme stylet et que j'introduisis, en le faisant rougir, dans la fistule.

Quelques jours après le commencement de son traitement, le mari de cette femme vint me voir et me déclara qu'elle était folle et qu'il voulait absolument la faire entrer à l'asile de Vaise.

Je fus très étonné de son affirmation que je récusai d'abord à cause de la violence de son caractère qui m'était bien connue, mais il me donna des détails précis qui ne me laissèrent plus de doute, car je me trouvais en présence d'un cas analogue à celui que j'avais rencontré dans l'observation que je vous ai signalée plus haut.

Cette femme était atteinte d'un délire de persécution caractérisé par de la lypémanie et des hallucinations de l'odorat et

du goût, mais surtout de l'odorat. Elle avait souvent des accès de profonde mélancolie où elle ne cessait de pleurer et se méfiait de son mari et de sa fille aînée qu'elle accusait tous deux de vouloir l'empoisonner.

Le mari prétendait que la vie commune était devenue impossible à cause de son caractère défiant et qu'il avait toujours peur, ainsi qu'elle l'en avait menacé, de la voir frapper ou tuer sa fille aînée ou lui-même.

J'interrogeai cette malade le jour suivant et peu à peu elle s'abandonna et je pus reconstituer l'ensemble de la marche de ses troubles intellectuels.

Elle me raconta que depuis des années son mari, qui était très violent, la frappait souvent et surtout cherchait à l'empoisonner avec *des drogues amères* qu'il mettait dans son vin et dans ses aliments.

Ces premières tentatives d'empoisonnement remontaient à l'époque de la première communion de sa fille aînée, c'est-à-dire à cinq années, en 1880.

Une fois décidée à me faire ses confidences, elle me raconta avec une volubilité étonnante toute la série de vexations imaginaires qu'elle avait eu à subir.

Ce qui lui était le plus désagréable, était l'odeur infecte de chlore qui la poursuivait toujours. Le matin, au réveil, elle prétendait s'éveiller suffoquée par des vapeurs de chlore, et même dans la rue, son mari en jetait dans les ruisseaux des rues où elle devait passer pour l'empoisonner par l'air qu'elle respirait.

Tout, à ses yeux, devenait un nouvel acte de persécution. La fumée du tabac de son mari était chargée d'iodure de potassium, qui était la cause, selon elle, de sa difformité nasale et son mari affectait de fumer plus que jamais.

Quelquefois aussi, il se servait de soufre ou du vernis que nécessitait sa profession (il était doreur de cadres), pour lui faire respirer des odeurs qui imprégnaient les draps de son lit et ses vêtements.

Du côté du goût, même genre d'hallucinations. Elle s'était interdit le vin dans lequel son mari versait de l'arsenic et

répondait obstinément qu'il prenait un contrepoison, lui et ses enfants, pour n'être pas touché par toutes *les saletés* qu'il cherchait à lui faire manger.

Elle n'avait pas d'hallucination de l'ouïe et ne présenta jamais que des hallucinations du goût et de l'odorat.

Je la suivis jusqu'au mois de janvier de cette année et j'ai eu le plaisir de constater que l'amélioration très marquée de son état local s'accompagnait fidèlement d'une disparition aujourd'hui absolue de tout symptôme intellectuel.

Le mari que j'avais prévenu de l'évolution probable de la folie et des hallucinations vint me remercier au mois de janvier de ne l'avoir pas fait entrer dans un asile d'aliénés, suivant son désir, car depuis plus de trois mois elle ne présentait plus aucun signe d'aliénation.

A cette époque, les douleurs frontales avaient disparu, la pression sur les bosses frontales n'était plus douloureuse comme autrefois. La sensation s'était tarie et j'avais substitué, après un mois et demi de cautérisations galvaniques, des lavages antiseptiques quotidiennes, qu'elle faisait elle-même très régulièrement.

L'ozène était bien moins accentué et la muqueuse nasale ne présentait plus que quelques croûtes, traces d'anciennes ulcérations.

Je suis retourné, il y a huit jours, chez cette femme pour savoir quel était son état actuel, car elle avait cessé de me consulter depuis le mois de janvier.

Elle ne présentait plus aucun signe d'aliénation, mais l'écoulement recommençait très légèrement et elle avait souffert à des reprises différentes pendant vingt-quatre heures de douleurs dans le front. — Je ne suis donc pas sûr de ne pas voir revenir quelques nouvelles hallucinations, si elle doit à nouveau souffrir d'une nouvelle poussée inflammatoire. Sans le souhaiter, je considérerai, cependant, au point de vue scientifique, comme une sanction utile à cette observation, le retour d'idées délirantes, si elle devait de nouveau souffrir de ses lésions nasales.

Les deux observations que j'ai soumises à votre appréciation, m'ont paru le mériter, car elles continuent la série de recherches qui ont été commencées en partie à Lyon, à l'asile de Vaise, sous la direction de M. le professeur Prenel, recherches portant sur les délires consécutifs à des altérations essentielles des nerfs sensitifs ou sensoriels, soit par extension d'une maladie au nerf lui-même, soit par compression et par irritation nerveuse.

Dans la thèse que j'ai publiée chez Ranchère, en 1882 (Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques), je m'étais efforcé de réunir des observations nouvelles, soit à l'asile de Vaise, soit à tous les hôpitaux de Lyon, soit dans la littérature française et étrangère, observations qui, toutes, présentaient un délire spécial : le délire des tabétiques caractérisé par un délire de persécution, uni à un état lypémanique à forme rémittente, apparaissant, en général, avec les troubles céphaliques du tabes et disparaissant avec eux, caractérisé par des sensations anormales de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher, joints à des troubles de la sensibilité générale et spéciale, uniquement dus à l'évolution anatomique de la lésion et faussement interprétés par le malade.

Aujourd'hui, de même, je crois me trouver en présence d'un délire bien spécial, caractérisé par un état lypémanique avec idées de persécution, dont l'origine me paraît être sûrement les hallucinations ou les illusions produites par des irritations sensorielles olfactives, gustatives et auditives, irritations sensorielles liées à des affections de la muqueuse buccale, nasale et naso-pharyngienne.

Ces irritations, disparaissant avec la lésion, les hallucinations disparaissent aussi, et avec elles, le délire.

Je ne me dissimule pas, Messieurs, que deux observations sont un dossier bien léger pour soutenir une thèse; je m'estimerais donc très heureux si votre expérience pouvait me signaler quelques cas analogues et

me permettre de reprendre plus complètement et plus utilement cette étude à peine ébauchée.

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ DE RHINOLOGIE D'AMÉRIQUE

3me Congrès annuel tenu à Lexington Ky, du 6 au 8 oct. 1885.

Séance du 8 octobre.

Présidence de M. le Dr Stucky.

Le président rappelle les relations étroites qui existent entre les maladies du nez et celles de l'oreille et de la gorge, et se déclare énergiquement partisan de la méthode de traitement par les pulvérisations, méthode qui a l'avantage de n'être pas irritante; il regrette qu'on n'attache pas, aux Etats-Unis, une importance suffisante à la rhinologie, et qu'il n'existe aucun journal qui lui soit spécialement consacré, alors que la France et l'Allemagne possèdent d'excellentes publications.

Le Dr H. Cristopher fait une communication sur **l'inflammation chronique de l'oreille moyenne**. Il insiste sur ce fait que cette affection est la cause de surdité la plus fréquente, que la surdité peut être guérie par le traitement du catarrhe naso-pharyngien. Il emploie la méthode des pulvérisations surtout avec la vaseline médicamenteuse et les insufflations d'air dans la caisse par la méthode de Politzer.

Dans la discussion qui suit et qui a pour objet les bourdonnements d'oreille, le Dr Stucky fait observer qu'il a guéri des cas récents, mais qu'il a certains malades qui sont en cours de traitement depuis plusieurs années. Récemment il a obtenu de bons résultats en nettoyant la caisse du tympan soigneusement avec une injection, et après l'avoir soigneusement desséché en se servant d'une pommade de vaseline et de cocaïne dans la proportion de 3 à 6 pour cent, appliquée

deux fois par jour pendant deux jours et plus tard une fois par semaine. (Le rapporteur.)

Le Dr Wilbiss fait une communicaiion sur le **traitement du catarrhe aigu et chronique**. Il insiste sur la nécessité d'appliquer pour l'examen du malade les méthodes modernes, il indique les meilleurs moyens de pratiquer des topiques sur la partie supérieure des voies aériennes, et dit que tous les remèdes employés doivent être choisis, pour produire de bons résultats, parmi ceux qui n'irritent pas la muqueuse.

Séance du matin 7 octobre.

Le Dr Carpenter rapporte un cas de **polype fibreux naso-pharyngien**. Il réussit à l'enlever avec le serre-nœud de Jarvis et présente un instrument analogue, par lui inventé et qu'il croit plus puissant et plus facile à appliquer.

Le Dr Knode parle de l'**inflammation spécifique du nez et du larynx**, l'iodure fait disparaître les symptômes, le mercure amène la guérison.

Le Dr Gordon fait une communication sur la **conjonctivite chronique** dépendant d'une affection des fosses nasales. Il rapporte deux cas à l'appui.

Séance de l'après-midi.

Le Dr H. F. Hendrix parle des relations qui existent entre les maladies des yeux et celles des fosses nasales Il rapporte, lui aussi, deux cas d'affection grave des yeux et de l'oreille guéris par le traitement de la maladie du nez.

Le Dr E. F. Henderson : **Hypertrophies des cornets**. — Dans le traitement de cette affection l'auteur recommande les pulvérisations chaudes, en particulier chez les enfants, et les injections à l'acide phénique, à l'acide acétique, ou à l'ergotine pratiquées, dans les tissus gouflés, à l'aide d'une aiguille fine.

Dans la discussion qui suit, Rumbold considère le serre-nœud comme étant le meilleur instrument pour enlever les

cornets hypertrophiés et Gordon préconise l'emploi du galvano-cautère.

Le Dr R. Rumbold fait une communication sur le **traitement de la rhinite prurigineuse (hay fever)**. — Il préconise les pulvérisations. Il a, dans 5 cas, obtenu d'exellents résultats de pulvérisations avec 5 gouttes d'huile d'Eucalyptus pour 30 gr. vaseline.

Séance du matin 8 octobre.

Le Dr H. Christopher : **De la guérison des tissus malades.**

Le Dr Rumbold recommande, pour l'ablation des corps étrangers et des tumeurs de la partie supérieure des voies aériennes, de s'exercer souvent au maniement des instruments sur le *phantôme;* il rapporte l'histoire de plusieurs cas opérés par lui.

Le prochain congrès se tiendra à Saint-Louis, le 5 oct. 1886

Dr Gleitsmann.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pour l'examen du nez (*A guide to the examination of the nose*), par Creswell Baber.

L'auteur expose d'abord en détail l'anatomie de la partie externe du nez et de ses cavités, décrivant tour à tour les cornets, les méats, la cloison et la cavité naso-pharyngienne. Dans cette région il insiste surtout sur la tonsille pharyngienne.

Vient ensuite la partie physiologique dans laquelle l'auteur étudie la respiration, l'odorat et l'influence des fosses nasales sur la voix.

Un chapitre consacré à la séméiologie générale fait suite à cette première partie.

M. Creswell-Baber décrit ensuite les instruments employés pour pratiquer l'examen des cavités du nez, passant successivement en revue les divers spéculums employés à cet usage

(Fraenkel, Sigmund, Thudicum, Duplay, Elsberg, Creswell-Baber, Zaufal, Markusowsky).

Puis il expose les divers procédés d'éclairage habituellement employés, la manière de procéder dans cet examen.

Viennent ensuite l'étude de la rhinoscopie postérieure et l'aspect sous lequel se présentent ces diverses parties pendant l'examen soit antérieur, soit postérieur.

Un court exposé des principales lésions observées sur la muqueuse ou dans les fosses nasales, et un chapitre de pathologie générale, réunis en tableau synoptique, terminent ce travail.

Ce petit manuel est écrit d'une manière consciencieuse et contient un grand nombre d'indications bibliographiques. Il est de plus illustré de nombreuses figures qui permettront au praticien, peu au courant des manœuvres rhinoscopiques, de se familiariser avec ces sortes d'examen (Londres, H. K. Lewis, 136, Gower street *W.* C., 1886). E. J. M.

Etudes sur la physiologie de la phonation,
par le Dr E. Martel.

L'auteur rappelle d'abord l'action des muscles du larynx et fait observer que le muscle crico-thyroïdien mériterait plutôt d'être nommé thyro-cricoïdien, puisque la nomenclature anatomique veut que le nom de l'os ou du cartilage immobile soit placé le premier. C'est bien, en effet, le cartilage cricoïde qui se rapproche, pendant la phonation, du thyroïde immobile. Il a étudié expérimentalement l'action de ce muscle en inscrivant les mouvements de ces cartilages pendant la phonation, la respiration, etc., sur un cylindre enregistreur de Marey.

De ces tracés il résulte que, pendant la respiration, les deux cartilages restent immobiles. Au moment d'un effort pour soulever un fardeau ils montent tous les deux en même temps. Lors de l'émission d'un son, c'est le cricoïde seul qui s'élève par action du muscle thyro-cricoïdien, et il monte d'autant plus haut que le son est plus élevé.

Par suite du mouvement de bascule que produit, sur le cricoïde, l'action de ce muscle, les cordes vocales, c'est-à-dire

les muscles thyro-aryténoïdiens, la membrane fibreuse et surtout la muqueuse des cordes, nommée par Fournié *membrane vocale,* se tendent et s'allongent. C'est donc le thyro-cricoïdien qui est le véritable muscle phonateur.

L'auteur émet ensuite l'hypothèse que la partie muqueuse des cordes vocales seule entre en vibration pendant la phonation et il croit le prouver par ses observations faites sur le larynx du cadavre dont il a fait vibrer les cordes artificiellement. D'après ces expériences, et en raison des images laryngoscopiques observées chez des chanteurs, pendant l'émission de la voix de tête, voix de fausset et voix sombrée dont il donne les schémas, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La voix de poitrine est produite par les vibrations d'une anche membraneuse double constituée par la muqueuse des cordes vocales inférieures. Plus cette anche est longue, tendue et rétrécie, plus les sons sont élevés;

2° La voix sombrée est due à la diminution de la pression dans la colonne d'air trachéal, diminution qui se produit à la suite de l'ouverture plus ou moins grande de la glotte inter-aryténoïdienne;

3° Les différentes nuances que les chanteurs donnent à leur voix sont produites par des dispositions particulières du conduit sus-laryngien;

4° La voix de fausset est produite par le larynx transformé en instrument à embouchure de flûte, la glotte constituant la lumière et les cordes vocales supérieures, le biseau de l'instrument. (Paris, 1885, *Revue bibliographique universelle des sciences médicales*, 6, place Saint-Michel.) Dr L. L.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Des ulcérations de l'amygdale, par le Dr R. Filloux.

L'auteur étudie chaque variété d'ulcération de l'amygdale et résume ensuite tous leurs caractères.

Il conclut de ces derniers que dans le diagnostic des ul-

cérations de l'amygdale, il faut plus se fier aux symptômes qui accompagnent des ulcérations qu'à ces lésions elles-mêmes.

L'auteur rapporte trois observations personnelles : un cas d'amygdalite phlegmoneuse prise pour un chancre induré et deux cas d'épithélioma de l'amygdale. (*Thèse de Paris*, 2 février 1886.) Dr L. L.

L'amygdalite manifestation du rhumatisme (*Quinsy as a rhumatism*), par le Dr J. L. Knox.

L'auteur de l'étude de cinquante observations d'amygdalite rhumatismale aiguë croit pouvoir tirer les déductions suivantes :

1° L'amygdalite aiguë, est d'ordinaire une inflammation rhumatismale.

2° Quatre-vingt pour cent des cas de ce genre peuvent être guéris par les remèdes anti-rhumatismaux.

L'auteur préconise vivement l'emploi du salicylate de soude et l'usage des gargarismes alcalins chauds (*Chicago med. Journ. and Exam.*, février 1886).

Bryson Delavan.

Des polypes papillomateux du voile du palais, par le Dr A. Courtade.

M. Courtade, se basant sur sept observations inédites, en partie personnelles, en partie communiquées à l'auteur par MM. Poyet et Baratoux, donne une esquisse de l'étiologie, de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique de polypes du voile du palais. A la fin de son travail il cite plusieurs cas rencontrés dans les recueils scientifiques. (*Thèse de Paris*, n° 47, 3 décembre 1885.)

Ulcération du pharynx d'origine tuberculeuse (*Tubercular ulceration of the pharynx*), par le Dr F. W. Hinkel de Buffalo.

L'auteur rapporte une observation d'ulcère tuberculeux du pharynx qu'il croit être primitif. (*N.-Y. Med. Journ.*, n° 6, 1886.) Dr Bryson Delavan.

Glossite rhumatismale (*Rheumatic glossitis*), par le Dr N. D. GADDY.

L'auteur discute l'influence de la diathèse rhumatismale et rapporte un cas d'inflammation aiguë de la langue guéri par les applications de gaïac (*Indiana med. Jour.*, décembre 1885).

BRYSON DELAVAN

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Corps étrangers des fosses nasales (*Foreign body in the nose*), par le Dr BRYSON DELAVAN.

L'auteur désire appeler l'attention sur une méthode de traitement récemment employée et qui lui paraît supérieure à toutes celles qui avaient été pratiquées jusqu'à ce jour. Une des propriétés les plus remarquables de la cocaïne, on le sait, est d'amener une contraction des vaisseaux qui forment le tissu érectile des fosses nasales. Sous son influence on voit la muqueuse turgescente s'affaisser et laisser un large et spacieux passage.

Lorsqu'on se propose d'enlever un corps étranger du nez, après avoir soigneusement nettoyé les fosses nasales, on doit appliquer sur la muqueuse une solution à 4 pour cent de cocaïne, répéter l'application 4 ou 5 minutes après, si c'est nécessaire. On peut alors porter l'instrument dans le nez dont les cavités sont, par la cocaïne, à la fois agrandies et anesthésiées. Par cette méthode l'hémorrhagie, s'il s'en produit, est peu abondante.

Dans les cas de myase du nez, on doit insensibiliser complètement la muqueuse et amener sa rétraction par la cocaïne avant d'administrer du chloroforme soit en inhalation, soit en pulvérisation dans les fosses nasales. On voit alors les larves s'échapper de la cavité du nez (*N.-Y. Med. Record*, 23 janvier 1886).

Dr J. CHARAZAC.

Des rapports qui existent entre l'obstruction du canal nasal et le catarrhe nasal (*On the connection between obstruction of the lacrymal duct and nasal catarrh*), par le Dr HARRISON ALLEN.

Le Dr Harrison Allen estime que ces deux états morbides sont souvent associés. Le canal nasal est obstrué seulement

dans deux cas, à savoir : dans les cas de catarrhe chronique des fosses nasales, dans lesquels il existe une infiltration sous-muqueuse, et ceux dans lesquels la charpente osseuse du nez est atteinte par l'ostéite ou la nécrose. Il fait observer que Stellwag le premier a attiré l'attention sur ce fait qui paraît avoir été méconnu par bon nombre d'auteurs. (*Medical News*, 6 février 1886.) Dr Bryson Delavan.

De l'opération des végétations adénoïdes dans la cavité naso-pharyngienne (*Zur Operation der adenoïden Vegetationen im Nasenrachenraum*), par le Dr J. Gottstein de Breslau.

L'auteur recommande un nouveau couteau pour l'extirpation des végétations adénoïdes; ce dernier n'agit pas, à l'instar des instruments de Meyer et de Lange, comme cuillère tranchante, mais comme véritable couteau. L'instrument de M. Gottstein représente une fenêtre en forme de poire ayant la base en haut et la pointe en bas. Cette dernière est attachée sous un angle droit à un manche horizontal.

Pour les détails de l'instrument, nous renvoyons le lecteur à l'original où il trouvera une image de l'adénotome. L'instrument est fabriqué par M. Haertel, 33, Weidenstrasse, Breslau. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 2, 11 janvier 1886.)

Dr L. L.

La cocaïne dans la fièvre de foins (*cocaïne in hay fever*), par le Dr Ingals E. Fletcher.

Le Dr Ingals fait observer que l'usage continu de la cocaïne dans l'hay fever, nécessite une dose graduellement croissante pour soulager le malade, de sorte qu'en définitive cette excitation constante des nerfs des fosses nasales, en détermine la parésie, et amène un gonflement des cornets qui peut à la longue devenir permanent. Il estime que l'on doit donner de la cocaïne dans l'hay fever, mais avec prudence. (*Journ. of Amer. Med. Assoc.*, n° 20, 1885.)

Dr Bryson Delavan.

LARYNX ET TRACHÉE.

Des troubles laryngés d'origine cérébrale,
par le Dr Rebillard.

Se basant sur les travaux de MM. Lannois et Cartaz récemment parus et traitant le même sujet, l'auteur résume d'une manière complète toutes les preuves qui ont été fournies à l'appui de l'existence d'un centre cortical du larynx.

Dans son introduction il rappelle les opinions des névropathologistes sur les centres corticaux en général et il en conclut, par analogie, que l'existence d'un centre cortical pour les mouvements coordonnés du larynx est également probable.

Il donne ensuite les détails des expériences physiologiques de Duret et de Krause qui plaident en faveur de cette hypothèse.

Enfin il mentionne tous les faits cliniques connus de troubles laryngés d'origine centrale. Ses conclusions s'accordent avec celles de M. Lannois. (*Thèse de Paris*, 3 décembre 1885.)

Dr L. L.

Un cas de tubage du larynx pour une laryngite catarrhale aiguë. Guérison. (*A case of intubation of the larynx for acute catarrhal laryngitis with recovery*), par le Dr A. Strong.

Le Dr Strong rapporte un cas dans lequel il a pratiqué avec succès le tubage du larynx. Une discussion suit cette communication, au cours de laquelle le Dr Waxham, d'après son expérience personnelle, s'est convaincu de l'utilité de cette méthode. Sur 17 malades par lui observés il a eu 8 cas de guérison; ce résultat est préférable à ceux que donne la trachéotomie faite dans les mêmes conditions (diphthérie). Le plus jeune des enfants avait onze mois.

Le Dr E. F. Ingals estime que le tubage du larynx est surtout applicable chez les jeunes enfants; on doit le préférer à la trachéotomie chez les enfants âgés de moins de trois ans et demi. Un des avantages du tubage, c'est qu'il est facile à faire et ne présente aucun inconvénient, alors même qu'il est pratiqué sans nécessité.

Le Dr Byford pense qu'un des avantages du tubage sur la trachéotomie c'est que, dans cette dernière opération, le malade ne peut tousser et, par conséquent, chasser de sa gorge les sécrétions nuisibles. (*Cincinnati Lancet*, n° 60.)

Dr Bryson Delavan.

Etude sur une complication rare de la trachéotomie (Médiastinite antérieure suppurée), par le Dr A. Béal.

L'auteur rapporte les observations de trois enfants trachéotomisés, chez lesquels l'autopsie révéla, comme suite d'une trachéotomie laborieuse et accompagnée d'emphysème opératoire, une suppuration du médiastin antérieur, des abcès péritrachéaux et une pleurésie séro-purulente simple ou double.

Dans un second chapitre, l'auteur passe en revue les différents écrits parus sur ce sujet ; et dans un troisième chapitre il donne un résumé de cette complication rare de la trachéotomie (*Thèse de Paris*, 16 janvier 1886). Dr L. L.

Tubage de la glotte dans la laryngite pseudo-membraneuse (*Intubation of the glottis for membranous laryngitis*), par le Dr Ingals E. Fletcher.

Le Dr Ingals décrit la méthode du tubage du larynx recommandée par le Dr O'Dwyers de New-York et donne les conclusions suivantes :

Le tubage de la glotte paraît devoir être pratiqué dans les cas suivants :

1° Dans le croup diphtéritique chez les enfants au-dessous de trois ans et demi.

2° Dans la même affection chez les enfants plus âgés lorsque pour une raison ou pour une autre le chirurgien ne veut point pratiquer la trachéotomie.

3° Toutes les fois qu'on ne peut obtenir le consentement pour la trachéotomie.

4° Dans les cas graves de croup spasmodique chez les enfants agés de moins de dix ans.

5° Dans les cas de sténose simple du larynx chez les enfants.

6° Cette méthode de traitement pourrait être utile dans les différentes formes de sténose laryngée chez l'adulte, à la condition d'avoir des tubes appropriés. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 6 février 1886.) Dr BRYSON DELAVAN.

OREILLES.

Examen de l'oreille chez les écoliers *(Examination of the auditory organ of school-children)*, par le Dr FRIEDRICH BEZOLD.

Reichart le premier examina, à Riga, les écoliers au point de vue de l'audition; son examen porta sur 1055 enfants entre sept et quinze ans, mais d'une façon incomplète, ne se servant que de la montre pour mesurer l'audition. Weil de Stuttgard, Sexton, Morell ont publié le résultat de leurs recherches, mais nul n'avait jusqu'à ce jour publié une étude aussi complète de l'appareil de l'audition chez les enfants.

Les recherches de l'auteur ont été faites à Munich. Elles ont porté sur 1918 enfants.

Dans une première série d'expériences faites au Holland Institut, Bezold s'était proposé de comparer entre eux les acoumètres généralement employés, à savoir : la montre, l'acoumètre de Politzer et la voix chuchotée. Les élèves de cette école, âgés de 10 à 18 ans, appartenaient à l'enseignement secondaire; ils étaient, par conséquent, plus ou moins intelligents et pouvaient fournir des indications plus précises que ceux des écoles primaires.

Le local qui servit à l'auteur pour ses expériences était un vaste dortoir contenant un grand nombre de lits qui amortissaient le son et empêchaient la résonnance trop grande de la voix. Il avait 16 mètres sur 8.

Dans le tableau 1 (p. 165), l'auteur donne le résultat de l'examen des élèves du Holland's Institut à la montre, à l'acoumètre de Politzer et à la voix murmurée. La planche représente graphiquement les résultats obtenus; les courbes de cette planche indiquent, exprimés en mètres, la distance

à laquelle se faisait l'audition. Si l'on compare ces courbes entre elles on constate que la distance maximum, pour la voix murmurée, est beaucoup plus considérable et beaucoup plus constante que pour l'acoumètre de Politzer et surtout pour la montre. On constate, en outre, que les résultats fournis par l'acoumètre sont bien plus précis que ceux donnés par la montre mais bien moins que ceux donnés par la voix murmurée. Une cause inévitable d'erreur provient de ce que les expériences ont été faites dans un dortoir de quinze mètres de long alors qu'il résulte des recherches de Wolf, Chimani, Hartmann que l'audition normale pour la voix murmurée se fait à vingt et vingt-cinq mètres.

Le tableau II (p. 165) démontre qu'un bon nombre d'individus qui perçoivent, à la même distance, la voix murmurée, entendent, à des distances fort différentes, non seulement la montre, le fait était déjà depuis longtemps connu, mais encore l'acoumètre de Politzer. Bezold partage l'opinion de Wolf qui considère le langage comme le meilleur moyen de s'assurer de l'état de l'audition. C'est de ce dernier moyen, à l'exclusion des deux autres, que l'auteur s'est servi pour ses expériences dans les écoles primaires.

L'examen a porté sur 3836 enfants des deux sexes, 1,874 filles et 1,762 garçons. Sur ce nombre 2,860 avaient de 10 à 7 ans, les autres avaient de 11 à 18 ans. Si l'on considère comme n'ayant pas une audition normale les enfants n'entendant pas la voix murmurée à la distance de 8 mètres, il en résulte que sur ces 3,836 enfants 2,998 avaient leurs oreilles normales. Les autres, à savoir 728, avaient une affection plus ou moins grave de l'oreille. Ce qui fait que, dans l'ensemble, 79,25 *pour cent avaient une oreille normale* et 20,75 *pour cent* présentaient un état pathologique de cet organe.

Si on ne tient pas compte des élèves du Holland's Institut qui ne peuvent fournir des renseignements d'une grande valeur en raison de ce fait que les jeunes gens un peu sourds ne fréquentent que rarement les écoles supérieures, il résulte que, dans l'école primaire catholique, sur 1.166 élèves, 73,5 pour cent avaient une oreille parfaite ou à peu près et

26,5 pour cent entendaient au-dessous du tiers de la distance normale de l'audition; à l'école protestante 74,1 pour cent avaient l'oreille normale où presque normale et 25,9 entendaient de l'un ou des deux côtés au-dessous du tiers de la distance normale.

Enfin si l'on réunit les élèves des *trois écoles* (tab. XII, p. 183) on trouve 74.2 pour cent d'oreilles normales et 25.8 d'oreilles malades; sur ce nombre 6.7 pour cent entendaient à moins de 8 mètres des *deux côtés*, et 5 pour cent à moins de 4 mètres.

En somme, sur l'ensemble, Bezold a constaté que 25.8 pour cent presque 26 pour cent, ne possèdent que le tiers de l'audition normale (8 mètres), 14.5 pour cent ne perçoivent le langage murmuré (perçu par une oreille normale à 20 ou 25) qu'entre 8 et 4 mètres, 7.8 pour cent unilatéralement et 6.7 bilatéralement; et enfin 11.3 pour cent, à savoir 6.3 pour cent d'un seul côté et 5.0 pour cent des deux côtés, ne l'entendent qu'entre 4 et 0 mètres.

Pour établir l'étiologie de l'affection de l'oreille présentée par les malades l'auteur donna à chacun d'eux un questionnaire qui fut rempli par les parents et qui lui fournissait tous les renseignements qui pouvaient lui être de quelque utilité.

L'auteur ensuite a pratiqué l'examen des oreilles des écoliers présentant une audition défectueuse. Il donne dans différents tableaux la proportion de bouchons de cérumen complets ou incomplets. Il passe à l'examen du tympan, indique le nombre des cas dans lesquels cet organe avait son reflet normal ou à peu près normal, soit 86,44 pour cent des cas chez ceux qui entendaient au-dessus de 16 mètres.

Les anomalies de coloration du tympan peuvent être classées sous deux titres : *a*) rougeur diffuse et extravasation sanguine; *b*) serum perceptible dans la cavité tympanique. Elles sont rares et de plus sont peu intéressantes, car elles ne diminuent pas l'audition.

Opacités pathologiques et dépôts dans la substance du tympan. — Il les distingue en : 1° opacités diffuses; 2° opacités circonscrites; 3° dépôts calcaires; 4° bandes opaques postérieures.

Les anomalies de forme dans la membrane du tympan peuvent être : 1° pli postérieur; 2° manche du marteau élargi ou courte apophyse saillante; 3° atrophie du tympan; 4° tympan cicatriciel.

La perforation du tympan peut exister avec ou sans otorrhée. Dans le cas d'otorrhée actuelle, l'audition n'est jamais normale. On trouve dans les cas d'otorrhée ancienne quelques malades entendant la voix au-dessus de 16 mètres.

L'auteur ensuite s'étend longuement sur les otorrhées anciennes et sur les maladies générales ayant quelque importance au point de vue étiologique. Il termine par des remarques sur l'hygiène de l'oreille et sur l'influence de l'audition sur le développement intellectuel.

Ce travail, le plus complet et le plus consciencieux qui ait été fait jusqu'à ce jour dans ce genre, renferme une foule d'aperçus forts intéressants et des détails statistiques fort importants; nous n'avons pu en donner ici qu'un léger aperçu et nous ne pouvons mieux faire en terminant que de conseiller la lecture du travail lui-même. (*Archives of otology*, vol. XIV, nos 2, 3 et 4.) Dr J. Charazac.

Traitement des polypes de l'oreille par les injections d'acide phénique (*The treatment of aural polypi by the injection of Carbolic acid*), par le Dr Herman Bendell.

L'auteur a traité de cette façon un certain nombre de malades atteints des polypes de l'oreille et a obtenu des résultats satisfaisants sans qu'il se soit produit de réaction fâcheuse. Pour détruire les polypes par les injections d'acide phénique la seringue hypodermique est préférable à tout autre instrument. L'eschare qui suit l'usage de l'acide amène la destruction de la tumeur et empêche la récidive. (*The N.-Y. Med. Journ.*, n° 6, 1886.) Dr Bryson Delavan.

Trépanation mastoïdienne dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, par le Dr Bréchot.

On ne doit, ainsi que le veut Schwartze, arriver à la trépanation qu'à bout de ressources. C'est aussi l'avis d'Urbants-

chisch, de Löwenberg. Duplay est partisan de la trépanation dès qu'on a acquis la certitude qu'il y a du pus dans les cellules mastoïdiennes. La trépanation mastoïdienne n'est pas sans danger et l'auteur, dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, préfère le traitement de Löwemberg qui comprend : 1° l'usage de solutions alcooliques ; 2° les insufflations de poudre d'acide borique avec application d'ouate salicylée.

En somme, on doit éviter, avant tout, la rétention du pus dans les cavités de l'oreille en lui donnant une ouverture facile.

Toutefois, il est des cas où la trépanation s'impose; l'auteur en rapporte trois observations qui lui permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° Dans la première période, tant que les lésions phlegmoneuses sont limitées à la caisse, les lavages et les pansements antiseptiques donnent des résultats excellents ;

2° Quand les cellules mastoïdiennes se prennent on peut encore continuer l'usage des antiseptiques et même guérir les lésions, mais en ayant soin de surveiller attentivement les symptômes généraux et locaux, afin d'intervenir à la première alerte ;

3° Quand des signes certains d'envahissement sont nettement établis, l'expectation devient dangereuse, car elle ouvre la porte à des complications multiples; les cérébrales sont les plus redoutables et les plus fréquentes;

4° La trépanation mastoïdienne, opération parfaitement réglée, remplit toutes les indications en ouvrant une large voie qui permet de nettoyer le contenu des cellules mastoïdiennes, de ruginer les parties osseuses malades et de limiter ainsi la marche envahissante des lésions. *(Concours Médical*, 19 décembre 1885 et 9 janvier 1886.) Dr J. Charazac.

Un cas de surdité consécutive à des chutes répétées,
par le Prof. Grainger Steward.

A la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg le Dr Grainger Steward présente un malade atteint d'une surdité qu'il

croit devoir rapporter à une lésion des centres auditifs. Le malade est devenu sourd à la suite d'une chute qui le laissa sans connaissance avec tous les symptômes d'une fracture de la base du crâne. Les oreilles sont normales. (*Edinburg Med. Journ.*, novembre 1885.) Dr J. CHARAZAC.

Contribution à l'étude de l'otite interne (*Zur Kenntniss der Otitis interna*) par le Dr HABERMANN de Prague.

L'auteur rapporte un cas d'otite interne secondaire, due à une méningite cérébro-spinale, et donne l'histoire de la maladie et l'examen histologique avec tous leurs détails.

Un garçon âgé de douze ans, après avoir travaillé en plein air, par un temps très chaud, éprouva des maux de tête toute la nuit. Le lendemain il se trouva mieux, mais dans la nuit suivante, les douleurs de tête revinrent et en même temps apparut une forte fièvre avec courbature. Bientôt après, il perdit connaissance et fut pris de délire furieux.

Deux jours plus tard, tous ces symptômes disparurent, mais le garçon resta sourd, et dans la seconde semaine, lorsqu'il essaya de marcher, on put observer que la marche était indécise chez lui. Dans le mois suivant, la surdité et les troubles de la marche se maintinrent, lorsqu'après la sixième semaine survinrent de nouveau des symptômes de méningite.

L'examen de l'oreille démontrant l'existence d'une rougeur du tympan droit, on pratiqua la paracenthèse qui cependant ne donna issue à aucune sécrétion. Quelques jours après le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva les lésions d'une méningite cérébro-spinale.

L'examen macroscopique du temporal droit, le seul que l'on ait pu réséquer, fit reconnaître dans la fosse jugulaire la présence d'un trombus long de 2 centimètres et demi se prolongeant vers le sinus pétreux inférieur. Dans l'ouverture de l'aqueduc du limaçon se trouvait un bouchon de pus épaissi et jaune, qui s'étendait dans l'aqueduc lui-même. A l'œil nu le conduit auditif interne ne paraissait pas altéré, l'acoustique était pâle et mou, mais le grand pétreux superficiel était

hypérémié. La voûte de la caisse n'était point affectée. Après avoir enlevé cette dernière, on trouva que la caisse et les cellules mastoïdiennes ne contenaient pas de sécrétions en dehors d'un peu de sang.

A l'examen microscopique fait sur le temporal décalcifié et coupé à l'aide du microtome, on vit l'acoustique entouré du pus, enflammé et infiltré. Il en était de même pour le facial, mais à un degré moins prononcé.

Le conduit auditif interne était carié et en grande partie détruit.

La lamelle osseuse qui sépare le vestibule du conduit interne n'existait plus et il ne restait comme cloison entre ces deux parties que le périoste du conduit auditif interne. De même, ce dernier au niveau du limaçon était à peu près usé.

Le limaçon, le vestibule et les canaux demi-circulaires étaient remplis de granulations vasculaires et de tissu fibreux de nouvelle formation. Les parois osseuses de ces organes en partie détruites étaient recouverts par des ostéophytes.

Comme nous l'avons déjà dit, l'aqueduc du limaçon contenant du pus au niveau de son orifice cérébral était, dans sa partie externe jusqu'à son embouchure dans la rampe tympanique, rempli de granulations.

Peu de lésions dans l'oreille moyenne ; seule, la couche périostique de la muqueuse du promontoire et des fenêtres était épaissie, probablement par propagation de l'inflammation du labyrinthe.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions sur la relation qui existe entre les inflammations du labyrinthe et des méninges et sur la manière dont se propage le processus inflammatoire de ces dernières à l'oreille interne. (Tirage à part de *Zeitsch. fur Heilkunde*, Bd VII, 1886, chez F. Tempsky, Prague.) Dr L. L.

VARIA.

Recherches sur les fonctions du nerf de Wrisberg,

par le professeur Vulpian, de Paris.

M. Vulpian, se basant sur ses expériences, conclut que le nerf de Wrisberg, par l'intermédiaire du grand nerf pétreux

superficiel, fournit au voile du palais : 1° des fibres nerveuses vaso-dilatatrices ; 2° des fibres nerveuses gustatives.

Le premier fait, concernant les fibres vaso-dilatatrices du nerf de Wrisberg, résulterait des effets de la faradisation du nerf facial dans le crâne, que l'auteur a pratiquée sur un chien curarisé.

A l'appui de la seconde théorie, M. Vulpian donne l'histoire clinique d'un malade, qui offrait, d'une part, une hémi-parésie du côté gauche (sauf la face) avec hémi-hypesthésie de tout ce côté et, d'autre part, une paralysie faciale incomplète du côté droit.

Chez ce malade, la sensibilité gustative était diminuée dans la moitié droite de la partie antérieure de la langue, conservée dans la partie postérieure de cette même moitié et diminuée dans la moitié droite du voile du palais.

A l'autopsie, l'auteur trouva une tumeur du volume d'une petite noisette, analogue jusqu'à un certain point, comme texture, à une gomme syphilitique, siégeant dans la partie supérieure de la moitié droite du bulbe rachidien et remontant par en haut, sous le plancher du quatrième ventricule, jusqu'au voisinage immédiat de l'origine réelle du nerf facial droit. Ce néoplasme devait comprimer en les repoussant de bas en haut les fibres intra-bulbaires du nerf facial (ce nerf examiné au microscope ne contenait que quelques très rares fibres altérées).

C'est sous l'influence de cette compression que s'était produite la paralysie d'une partie du nerf facial droit et celle (incomplète d'ailleurs) de la corde du tympan du même côté.

Cette tumeur avait exercé aussi une compression sur les fibres centrifuges et centripètes du bulbe rachidien, d'où l'hémi-parésie et l'hémi-hypesthésie du côté gauche.

(Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, 23 novembre et 26 décembre 1885.) Dr L. L.

Contribution à l'étude des plaies de l'œsophage,
par le Dr François

Un cas observé à la clinique chirurgicale du professeur Gross est le point de départ de la thèse.

Voici l'histoire du cas observé :

Un homme reçoit dans une rixe un coup de couteau dans la région sous-hyoïdienne gauche. La blessure n'occasionne qu'une hémorrhagie légère et facile à arrêter. Mais, le lendemain, on constate l'écoulement, par la plaie, de la salive et des liquides avalés. Le malade succombe le quatorzième jour après sa blessure, à la suite d'une hémorrhagie secondaire. L'autopsie démontra que cette hémorrhagie provenait de l'artère vertébrale droite, piquée à la hauteur de l'apophyse de la sixième vertèbre cervicale. Le couteau avait pénétré de gauche à droite, entre la colonne vertébrale et la paroi postérieure de l'œsophage, qui offrait une plaie de 12 millimètres.

L'auteur recueille 103 faits de plaies de l'œsophage, survenues par suite de suicide, d'homicide ou de rixe.

Se basant sur ces observations, il fait une monographie sur les plaies de l'œsophage (*Thèse de Nancy* 1885).

Dr L. L.

Contribution à l'étude de la diphtérie de l'œsophage suivie d'une observation (*Contribution to the study of diphteria of the œsophagus with report of a case*), par le Dr H. Fry.

Le diagnostic de la diphtérie de l'œsophage est des plus difficile. Dans la plupart des observations qui ont été rapportées, le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie. Le plus souvent les symptômes présentés par le malade, permettent simplement de soupçonner la maladie. Une des plus importantes indications, est l'expulsion de fausses membranes, alors qu'il n'existe aucun signe indiquant que les voies aériennes sont envahies (*The Amer. journ. of the med. Sciences*, octobre 1885).

Dr J. Ch.

De l'emploi de la cocaïne dans la coqueluche,
par L. Barbillion

L'auteur pratiqua dans 5 cas de coqueluche, 2 à 4 fois par jour, des badigeonnages du pharynx, de l'isthme du

gosier, des amygdales et de la base de la langue avec une solution de cocaïne au 1 à 20.

Une diminution du nombre des quintes de toux suivit cette médication, mais l'action des badigeonnages n'était pas de longue durée. Par contre, il ne se produisait pas une sorte d'accoutumance au médicament, comme cela se passe pour la morphine, par exemple. Un autre avantage de cette intervention thérapeutique était la suppression des vomissements alimentaires qui permit d'améliorer l'état général des enfants. L'auteur ne se croit pas à même de tirer d'un nombre de cas aussi restreint une conclusion définitive pour savoir si cette médication abrège la durée de la coqueluche. (*Revue mens. des malad. de l'enfance*, août 1885.)

Dr L. L.

De la coqueluche et de son traitement par la résorcine, par le Dr Moncorvo, professeur à la policlinique de Rio de Janeiro.

L'auteur cite les différentes opinions émises sur la coqueluche depuis le XVe siècle et se dit partisan de la théorie d'après laquelle la coqueluche serait une affection parasitaire locale restreinte aux voies aériennes supérieures. En faveur de cette théorie il signale les cas où les quintes de toux surviennent sans manifestations bronchiales, et s'il existe une manifestation inflammatoire du côté des bronches, cette dernière n'est nullement en rapport avec la fréquence, la durée, la violence des paroxysmes de toux.

Au contraire, l'étiologie et la marche de la maladie indiquent nettement un siège parasitaire et local de l'affection. La meilleure preuve est la réussite d'un traitement antiseptique local.

Le Dr Moncorvo recommande la résorcine, introduite dans la thérapeutique par Justus Andeer de Munich. Elle est préférable à l'acide phénique, à cause de sa saveur légèrement acide, de son action caustique moins active, de son odeur presque nulle et sa plus faible action toxique. Il emploie des solutions aqueuses de un à deux pour cent avec lesquelles il badigeonne plusieurs fois par jour l'orifice glottique. Aux 18 cas

déjà publiés, il en a ajouté 40 autres dans lesquels ce médicament lui a toujours donné de bons résultats. (Paris, 1885, chez O. Berthier.) Dr L. L.

Etude sur les kystes hématiques du corps thyroïde,
par le Dr Peut.

Les conclusions de ce travail sont une analyse du travail lui-même, nous allons les reproduire ;

1° Les kystes du corps thyroïde, peu fréquents sans être rares, sont faciles à reconnaître en général. Ils contiennent soit un liquide séreux (kystes simples ou hydatiques), soit un liquide coloré brunâtre (kystes hématiques). La nature du liquide ne peut être reconnue qu'après une ponction, à moins qu'on ne trouve de la transparence, signe sur lequel il ne faut pas compter.

2° On a observé des kystes contenant du sang pur, rutilant. Cette variété présente la particularité suivante : lorsque le liquide s'est écoulé, la tumeur se remplit immédiatement et le sang continue à couler par la canule du trocart. Ces kystes hémorrhagiques sont rares et leur pathogénie n'est pas celle des autres kystes.

3° On peut résumer de la façon suivante, d'après la plupart des auteurs, les modes de formation des tumeurs kystiques thyroïdiennes :

Les kystes hydatiques, les abcès froids se développent dans le corps thyroïde de la même manière que partout ailleurs ;

Les kystes séreux résultent, comme l'ont démontré les travaux modernes, ceux de Virchow en particulier, de la transformation d'une tumeur primitivement solide, le goître folliculaire hyperplasique ;

Les kystes hématiques ne sont autre chose que des kystes primitivement séreux dans lesquels se sont produites des hémorrhagies.

4° Nous pensons que les kystes hématiques doivent être divisés en trois variétés au point de vue clinique ; en deux seulement au point de vue de leur pathogénie :

1re *variété clinique, kystes hématiques proprement dits.* — Ils ont une marche lente, mais non continue. Une augmentation rapide de volume correspond à la production d'une hémorrhagie dans la cavité.

Ils sont les plus souvent mous, et présentent des parois assez minces pour permettre le retrait de la poche. Le traitement des kystes séreux leur est applicable.

2me *variété clinique, hématocèles du corps thyroïde.* — Leur marche, plus lente que celle des kystes appartenant à la première variété, est continue sans secousse; l'augmentation de volume de la tumeur n'est brusque à aucune période de son développement. Une fois vidés par la ponction, ils se remplissent plus ou moins lentement, mais toujours graduellement, d'un liquide noirâtre analogue à celui de l'hématocèle vaginale.

3me *variété clinique, kystes hémorrhagiques.* — Ces kystes sont rares, ils sont en général tendres, nettement fluctuants. Leur marche est continue.

Lorsqu'on les ponctionne, il en sort d'abord un liquide noirâtre semblable à du sang veineux, quelquefois au sang artériel, puis la tumeur se remplit immédiatement et le sang rutilant qui s'écoule alors par la canule coulerait pendant longtemps, si on ne se hâtait de retirer le trocart. Le traitement ordinaire des kystes ne peut leur être appliqué. Il nous semble, par conséquent, contrairement à l'opinion émise par M. Gosselin, que la nature du liquide a une réelle importance au point de vue du pronostic et du traitement.

5° La pathogénie des kystes hématiques proprement dits et des hématocèles est la suivante :

Dans un kyste primitivement séreux, se fait un épanchement sanguin. Il peut alors se présenter deux cas : ou bien le kyste s'accroît par fusion avec les kystes voisins et de nouvelles hémorrhagies se font dans la poche; ou bien la paroi du kyste s'enflamme, d'où la production d'une fausse membrane plus ou moins épaisse qui fournit le sang par la rupture des vaisseaux. Cette variété serait donc le résultat

d'une inflammation pseudo-membraneuse hémorrhagique d'un kyste primitivement séreux.

Nous pensons que les kystes hémorragiques ne peuvent avoir la même origine et qu'ils sont le résultat de la transformation d'un angiome du corps thyroïde, angiome dont les cloisons conjonctives s'atrophient et disparaissent, laissant béantes les ouvertures des capillaires dilatés.

Le traitement de ces kystes est, par conséquent, celui des tumeurs érectiles. Parmi tous les procédés employés contre elles, trois seulement sont applicables aux kystes hémorrhagiques : les injections coagulantes, l'électrolyse et l'extirpation.

Le diagnostic de la nature du liquide ne peut être fait que par la ponction. (*Thèse*, Paris 1885.)

Dr J. Charazac.

De la théorie parasitaire de la phtisie (*Sulla Teorica parassitaria della Tisi*), par le Dr A. Fasano.

La question de l'origine parasitaire de la phtisie est en voie d'élaboration. C'est un tort de soutenir qu'elle est absolument prouvée, comme aussi de la combattre obstinément. Il est impossible de nier l'existence du bacille dans les tissus malades et dans les crachats des phtisiques. Mais il est nécessaire de faire d'autres expériences pour pouvoir affirmer que les bacilles ne sont pas un *épiphénomène*, mais la cause vraie de la maladie. La thérapeutique de la tuberculose est encore très restreinte. L'aérothérapie et le traitement climatérique doivent être tenus en sérieuse estime comme moyen préventif et symptomatique de la phtisie. (A Tocco et Cie, Naples, 1885.)

Dr J. Ch.

Bordeaux. -- Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

TRAITEMENT LOCAL DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE (PÉRIODE ULCÉREUSE), PAR LES MOYENS CHIRURGICAUX,

Par M. le Dr MASSÉI, de Naples (1).

Mes chers Confrères,

Le traitement local de la tuberculose laryngée est un grand problème scientifique et humanitaire que vous avez mis fort à propos en discussion. Je désire contribuer aussi, dans la mesure de mes forces, à cette importante étude, et je tâcherai de me tenir dans les limites de la question proposée, en établissant une comparaison entre les méthodes et les remèdes différents, qui ont été proposés et essayés.

Permettez-moi seulement, avant de commencer cette revue, de mentionner les formes originaires de la tuberculose laryngée; c'est-à-dire des lésions qui se produisent dans le larynx, par suite de la tuberculose, abstraction faite des complications secondaires, chondrite et périchondrite, qui contribuent bien souvent à masquer la véritable cause du mal. Ce préliminaire est indispensable pour établir solidement les bases du traitement local. Et puisque l'occasion s'en présente, je ne puis m'empêcher de revendiquer une classification élémentaire que j'ai adoptée depuis longtemps et que le Dr Heinze de Dresde a soutenue de son côté, avec quelques légères modifications. J'ai reconnu quatre formes originaires de la tuberculose laryngée :

1° La forme ulcéreuse;

2° La périchondrite aryténoïdienne, que Mackenzie accepte comme moi, mais que Heinze considère plutôt comme une infiltration tuberculaire de la muqueuse ;

3° L'infiltration de cordes vocales ;

4° Le dépôt des tubercules sur les cordes susdites.

Je conviens toutefois pleinement avec Chiari, Kidel, J. Mackenzie et Ariza, de Madrid (qui tout récemment

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 29 avril 1886.

en a décrit plusieurs cas très intéressants), qu'il faut admettre une cinquième forme de tuberculose : la *polypeuse végétante*.

Je me borne à mentionner cette classification à laquelle je tiens beaucoup, et pour ne pas m'écarter plus longtemps de mon sujet, j'ajouterai que, sans tenir compte de la forme polypeuse, qui est très rare et dans laquelle l'extirpation de la tumeur, par les voies naturelles, peut faire disparaître bien des symptômes, c'est surtout dans la forme ulcéreuse, la plus fréquente de toutes, que le traitement local est nécessaire et que l'on peut mesurer le plus exactement les effets thérapeutiques des différents remèdes locaux.

Peut-être serait-il plus rationnel de se demander tout d'abord avec quelle probabilité de succès on peut essayer un traitement local ; mais puisque, dans cette discussion, nous voulons justement savoir quels sont les moyens les plus efficaces, il est évident que ces recherches nous mettront à même de décider si la tuberculose laryngée est ou non susceptible de guérison.

Dans la forme ulcéreuse de la tuberculose laryngée, abstraction faite de l'indication causale, qui a pour but l'élimination du tissu morbide, il est hors de doute qu'il y a des symptômes spéciaux, qui appellent notre attention ; deux entre autres, qui menacent directement la vie : l'odynphagie qui conduit à l'inanition, et la laryngo-sténose, qui tue par suffocation.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler, mes savants confrères, la manière dont commencent, procèdent et se terminent ces deux affligeantes manifestations de la tuberculose. Bien qu'on ne puisse les combattre scientifiquement et matériellement dans leur cause, il est de notre devoir de recourir sans délai à un traitement symptômatique.

Dans le traitement local de la forme ulcéreuse, nous avons donc deux partis à prendre :

1° Le traitement radical ;

2° Le traitement symptômatique.

Quoique le premier comprenne aussi le second, il faut traiter séparément de chacun d'eux, car bien des fois l'urgence ne nous permet de recourir qu'aux palliatifs. Le traitement local se fait par des modificatifs, dénomination sous laquelle nous pouvons grouper tous les moyens qui préparent la guérison locale (cicatrisation).

Le traitement symptômatique se fait : par les calmants, s'il s'agit d'améliorer la déglutition, et par la dilatation ou la trachéotomie, s'il s'agit du rétrécissement du larynx.

La disphonie est un phénomène que l'on peut fort bien négliger dans la tuberculose laryngée, pour des raisons qu'il serait oiseux de répéter ici. Au reste, elle accompagne ordinairement un des phénomènes mentionnés plus haut et alors elle est comprise dans le traitement de ces derniers; ou bien, elle est isolée, et alors elle réclame le traitement radical plutôt que le traitement symptômatique.

En commençant l'analyse de cette thérapeutique locale, il y a avantage à intervertir l'ordre des matières, en donnant la première place au traitement symptômatique.

ODYNPHAGIE.

Contre ce grave et fâcheux symptôme, on a employé la morphine, en pulvérisation ou en insufflation, la belladone (que le regretté Krishaber appliquait, dissoute avec l'extrait d'opium dans l'eau de laurier-cerise), les inhalations de vapeur d'eau avec du stramonium et de la jusquiame, et enfin le baume du Pérou. L'emploi de ce baume est peut-être la seule partie du traitement de Schmidt mise en pratique par un petit nombre de médecins, tandis que les grandes scarifications ont été abandonnées à leur auteur. Avec ces substances, dont les unes étaient portées directement sur place, à l'aide de pulvérisateurs, tantôt seules, tantôt mêlées avec la myr-

rhe, l'eau de goudron, les alcalins, etc., on est allé de l'avant, mais avec peu de bonheur et moins de succès qu'avec les cautérisations par le nitrate d'argent, jusqu'à l'apparition d'un remède souverain, auquel tous les autres ont cédé la place : je veux dire la cocaïne. C'est en vain que la caféine et le menthol ont tenté de lui faire concurrence.

Je ne m'arrêterai pas à décrire ici l'action bienfaisante de la cocaïne, contre toutes les souffrances qui accompagnent la déglutition ; je dirai seulement qu'elle m'a paru bien passagère et que, dans la forme ulcéreuse, j'ai obtenu de cet agent beaucoup moins que j'en attendais.

Je passe sous silence l'hygiène alimentaire, si connue et si nécessaire en pareille circonstance.

RÉTRÉCISSEMENT DU LARYNX

La dilatation graduelle du larynx, problématique dans ses effets, est encore moins indiquée dans la tuberculose laryngée, et c'est pour cela, sans doute, qu'elle a été peu pratiquée jusqu'à présent. Un de mes aides, le Dr Cardone, en a pourtant obtenu des résultats avantageux sur une malade que j'ai eu l'occasion de voir ; et, quoique je n'en sois point partisan, j'admets qu'on peut y recourir, lorsqu'on ne veut point pratiquer la trachéotomie et qu'on ne craint pas d'augmenter l'infiltration collatérale.

Il n'en est pas ainsi de la trachéotomie que la gravité et l'irréparabilité du mal indiquent toujours au praticien.

Mon expérience personnelle m'oblige à déclarer que la trachéotomie n'exerce pas toujours une influence bienfaisante sur les conditions du poumon ; j'ai même constaté le contraire. A peine est-il besoin d'ajouter qu'avant de pratiquer cette opération, il faut reconnaître avec soin les conditions pulmonaires et l'état général du malade. Ce sont des choses parfaitement connues des spécialistes et des autres médecins. Je termine donc cet article en assignant dans des cas spéciaux, une place importante à la trachéotomie dans le traitement de la forme ulcéreuse, car cette

forme est celle qui peut déterminer le plus rapidement des phénomènes de suffocation.

Mais, dans ces derniers temps, nos aspirations sont tout autres, et un traitement radical a été essayé avec plusieurs moyens, les uns déjà anciens, les autres tout récents.

Un de ces moyens, le plus ancien de tous, est justement la cautérisation; essayée pour dompter l'odynphagie, elle fut appliquée avec confiance dans les formes ulcéreuses. Grâce à l'eschare protectrice, comme un modificateur, elle faisait concevoir de grandes espérances. Les déceptions qu'elles nous a causées ne furent pas moindres que celles qui suivirent l'emploi d'un autre succédané, la teinture d'iode.

Les pulvérisations d'acide phénique, d'acide salicylique et de résorcine au centième, ou de nitrate d'argent au millième, ne sont guère que des désinfectants ou de médiocres agents modificateurs, sur l'emploi desquels il ne faut pas compter exclusivement dans le traitement d'une maladie aussi rebelle.

Il y a, au contraire, deux remèdes qui sont employés aujourd'hui avec la plus grande confiance et sur lesquels je tiens à fixer votre attention : je veux parler de l'iodoforme et de l'acide lactique.

J'ignore à qui l'on doit l'introduction de l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose laryngée. C'est à Milan que je l'ai vu employer pour la première fois, par Elsberg, en 1880, à l'époque du premier congrès de laryngologie, que, comme Italien je rappelle avec orgueil.

Frappé, moi aussi, des grands avantages qu'il offrait et qui sont supérieurs à ceux qu'on obtient ou qu'on peut espérer de tout autre agent, j'en devins le fauteur convaincu, et depuis lors, dans les formes ulcéreuses, je n'ai fait usage que de la solution éthérée de l'iodoforme (au tiers ou au quart) en attouchements, et je l'ai trouvée préférable aux insufflations d'iodoforme en poudre.

Je me borne à constater sans commentaires le résultat de mes observations dans le cours de six années de pratique, pendant lesquelles je me suis presque exclusivement servi de ce remède sans préventions d'aucune sorte.

Un des premiers effets bienfaisants de l'iodoforme est le calme qu'il apporte dans l'odynphagie. Sous ce rapport, son emploi m'a donné des résultats presque toujours supérieurs à ceux de la cocaïne, en ce sens que les effets de cette dernière sont trop passagers quoique plus prompts.

D'ailleurs, ces deux remèdes n'étant pas contradictoires, rien n'empêche de les employer tous deux dans le traitement local, car ils conspirent au même effet, bien que l'iodoforme puisse avoir une action plus efficace.

Après cette première amélioration, on ne tarde pas à voir se manifester une modification sensible dans le processus ulcéreux ; la sécrétion diminue, le fond de l'ulcère se découvre et des végétations granuleuses l'acheminent à la cicatrisation, tout en atténuant les phénomènes collatéraux et leurs conséquences, savoir l'infiltration des ligaments que l'on pourrait appeler *éléphantique*.

La question dont il s'agit peut être divisée en deux :

1° Un ulcère tuberculeux du larynx peut-il guérir?

2° La guérison de l'ulcère est-elle le signe de la guérison définitive de la tuberculose?

On doit répondre affirmativement à la première question; d'abord parce qu'il nous arrive bien des fois d'observer des malades évidemment affectés de tuberculose, qui, sans avoir été soumis à aucun traitement local, présentent dans la région inter-arythénoïdienne un tissu cicatriciel, et parfois des végétations polypeuses; ensuite parce que nous parvenons à obtenir cette guérison par un traitement local. Sous ce rapport, je dois déclarer qu'aucun remède ne m'a donné des résultats supérieurs à l'iodoforme, et c'est avec une conviction profonde que je le proclame le remède par excellence. Je m'étonne

même que tout le monde ne soit pas d'accord pour lui rendre cet honneur.

J'ai été cependant un des plus incrédules au traitement local de la tuberculose par l'iodoforme; pendant plus de dix ans, je n'ai employé que la morphine, le nitrate d'argent, l'opium, la teinture d'iode, le baume du Pérou, etc.

Quant à la seconde question, permettez-moi d'exprimer franchement mon opinion sur ce point, qui est le plus important et sur lequel à mon sens sont tombés dans l'erreur ceux qui se sont prononcés sans avoir fait des observations suffisantes.

Même dans les cas de tuberculose primaire du larynx, après que la cicatrisation de l'ulcère a eu lieu, j'ai toujours vu, ou se reproduire la maladie, ou se déclarer des phénomènes pulmonaires. Parmi les individus affectés de tuberculose primaire ou secondaire, ayant reçu mes soins, il n'en est peut-être pas un seul qui soit encore en vie. Les quelques cas cités par des auteurs devraient être scrupuleusement contrôlés, car souvent plusieurs mois après la cicatrisation, on voit apparaître des signes de tuberculose dans le larynx ou sur le poumon.

Ainsi donc, je crois *parfaitement* à la *possibilité* de guérir la forme ulcéreuse de la tuberculose laryngée, mais je ne puis considérer la *cicatrisation* d'un ulcère tuberculeux du larynx comme un indice de *guérison définitive* de la tuberculose. C'est là, cependant, le but que le médecin doit atteindre à tout prix; car sa conscience lui en fait un devoir. Mais jusqu'à présent, nous n'avons pas de garanties pour un heureux pronostic.

Dans ces derniers temps, j'ai expérimenté l'acide lactique dont Krause et Jelineck ont tant parlé, et je l'ai appliqué principalement dans la forme ulcéreuse.

Je suis allé jusqu'à la dose de 80 °/₀, après l'application de la cocaïne. Je n'ai pas constaté des effets supérieurs à ceux de l'iodoforme, mais il m'a semblé aussi un

remède efficace, un moyen local qui gagnera du terrain sans discréditer son prédécesseur.

Je ne puis quitter ce sujet sans faire quelques observations à propos de nouveaux moyens curatifs, qui sont issus des idées modernes sur la nature infectieuse de la tuberculose.

Il y a déjà quelque temps que j'emploie, comme détersif, avant les attouchements avec l'iodoforme et l'acide lactique, les pulvérisations d'une solution au 1.000e de sublimé corrosif. J'ai reconnu que l'union de ces deux remèdes produit des effets plus rapides et je la recommande. Cela tient, on le comprend sans qu'il soit besoin de le rappeler ici, aux propriétés antiparasitaires et bien connues du sublimé corrosif. Toutefois, je conseillerais de l'employer toujours sous forme de pulvérisation, non seulement lorsqu'on a affaire à une forme ulcéreuse, mais ausi comme moyen préventif contre une localisation laryngée dans le cas de tuberculose pulmonaire.

La solution de sublimé pourrait rendre stérile le terrain sur lequel se développent si facilement les bacilles de Koch.

Naples, avril 1886. Ferdinand MASSEI,

DES BOURDONNEMENTS D'OREILLE DANS LES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

par le Dr E. MÉNIÈRE (1).

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion de voir un assez grand nombre de malades dyspeptiques, gastralgiques affectés de bourdonnements et de surdité.

Beaucoup d'entre eux m'étaient adressés par mon confrère et ami le Dr Leven qui me demandait mon opinion sur l'état des oreilles de ses malades et allait même souvent au-devant du diagnostic en m'écrivant que les phénomènes observés du côté des oreilles étaient dus, suivant lui, à la maladie de l'estomac.

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 30 avril 1886.

Dans certains cas, je notai de la dysécée avec ou sans bourdonnements ; dans certains autres, des bruits plus ou moins forts, sans la moindre diminution de l'ouïe.

J'employai pour ces différents malades, les moyens les plus variés de la thérapeuthique otologique, et dans la grande majorité des cas, je n'obtins que des résultats insignifiants.

Il n'existait de lésions apparentes, ni dans l'oreille externe, ni dans l'oreille moyenne. En présence de faits précis, nettement indiqués par des malades soigneusement interrogés et examinés, il fallait bien admettre que la cause devait en être cherchée dans l'oreille interne.

On pouvait trouver aussi une certaine relation entre ces symptômes et ceux du vertige observé depuis longtemps par nos maîtres, appelé *vertige stomacal.*

Mes recherches à ce sujet dans les livres classiques ont été infructueuses; les rares auteurs qui parlent de ces bruits comme étant causés par une maladie d'estomac, se contentent de les mentionner sans entrer dans aucun détail et sans chercher à les expliquer.

J'avais recueilli sur ce point intéressant quelques observations dont je cherchais à tirer parti lorsque, en 1879, parut dans les Archives de médecine, un travail d'Edouard Woackes (de Londres), sur la relation qui existe entre le vertige stomacal et le vertige auriculaire.

Cette étude anatomique et physiologique pleine d'intérêt me semblait donner la clef de certains phénomènes encore mal expliqués.

Je vais la résumer aussi brièvement, mais aussi clairement que possible,

« L'oreille interne est alimentée exclusivement par l'artère vertébrale (et ses branches) qui est voisine du ganglion cervical inférieur. En outre, ce ganglion cervical inférieur reçoit un filet nerveux du pneumogastrique. Ces diverses communications anastomotiques nerveuses, expliquent les relations qui existent entre l'estomac et le labyrinthe.

» En résumé, ce ganglion cervical inférieur a, entre autres fonctions, celle de réunir au labyrinthe, le cœur, l'estomac et la partie supérieure du tube digestif. Il existe donc une sympathie étroite entre ces organes si éloignés, en vertu de l'action régularisatrice que ce ganglion exerce sur la circulation du labyrinthe. C'est la stase sanguine dans les vaisseaux de l'oreille interne qui comprime l'endolymphe et détermine le vertige. »

A mon sens, ce mécanisme peut expliquer les causes des bruits et de la surdité que j'ai rencontrés chez beaucoup de dyspeptiques. Des troubles plus ou moins violents existant d'une façon constante dans l'estomac ont un retentissement sur le pneumo-gastrique qui, par action réflexe, transmet l'irritation au ganglion cervical inférieur, au nerf cardiaque et finalement exerce une action sur l'artère vertébrale. La modification de la circulation de ce gros vaisseau et de la bronche, cause dans le labyrinthe, soit une hypérémie, soit une stase sanguine ; l'endolymphe subit des pressions différentes, et l'oreille interne se trouve devenir le siège d'une lésion plus ou moins grave, plus ou moins étendue des radicules terminales du nerf auditif, lésion dont on ne connaît pas la nature.

Il serait curieux de savoir quelles sont les modifications qui peuvent produire soit la surdité avec ou sans bourdonnements, soit les bourdonnements sans surdité. Cette dernière variété existe bien réellement : j'en ai maintes preuves, et les faits vont à l'encontre de l'opinion de la majorité des otologistes qui pensent que les bruits subjectifs sont toujours les avant-coureurs certains d'une diminution ou d'une perte de l'ouïe.

Parmi les observations recueillies, il en est quelques-unes qui m'empêchent d'accepter cette manière de voir. Quoi qu'il en soit, la théorie de M. Woackes, basée sur les données anatomiques, me semble devoir expliquer ce qu'on observe. A partir de cette époque (1880), je continuai à prendre des notes sur les malades dyspeptiques

que les hasards de la pratique amenaient chez moi, lorsqu'une chance *malheureuse* me mit à même d'observer un cas des plus nets. Il s'agit de moi, et voici mon observation.

Obs. I. — Février 1884. Quarante-quatre ans. Bonne santé habituelle, aucune diathèse appréciable ; probablement arthritique sans avoir ressenti jamais aucune manifestation (une tante de quatre-vingts ans a eu des poussées eczémateuses aux mains, et du diabète).

En 1874, état dyspeptique très violent; malaises nombreux, dilatation stomacale facile à constater. Je n'entrerai pas dans les détails qui sont connus, mais, après des soins et des traitements variés qui n'avaient produit que de minimes résultats, je me mis à un régime sévère, et moyennant une attention soutenue, je me maintins dans un état relativement bon. L'appétit fut toujours excellent.

En février 84, dans la journée, il me sembla entendre dans mon oreille gauche, un susurrus léger, un bruissement continu, forme bjiiiii... Avec un peu d'attention, je m'en rendis compte, et il n'y avait pas d'erreur possible. Je crus à un effet temporaire, fermeture de la trompe, inflexion du tympan, etc. Je mis en œuvre une foule de petits moyens usités en pareil cas, sans obtenir un grand changement, puis je n'y pensai plus.

Pendant 4 ou 5 jours, je ressentis la même impression sonore et, un peu agacé, je me servis des grands moyens, sans pouvoir modifier en rien mon bjiiiii...

Je dois noter ici qu'à la fin de 1883 j'avais eu quelques crises dyspeptiques beaucoup plus fortes que par le passé.

Je mesurai à cette époque mon audition ; elle était normale.

Tous ces phénomènes me parurent si bizarres que je ne pouvais m'en rendre compte ; mais comme, après tout, ce bruit n'était pas très fort, je patientai, m'en remettant toujours au lendemain pour savoir ce qu'il adviendrait.

Vers la fin de 1884, il me sembla que ce bruissement était

un peu plus faible, le soir, car dans la journée les bruits extérieurs l'annulaient presque complètement.

Il en fut de même en 1885, jusqu'en septembre, époque à laquelle j'eus une crise beaucoup plus forte et quelques légers vertiges survenant de 3 à 5 heures après les repas.

Alors le bruit s'accentue par moment, et depuis un mois environ, c'est presque continu. Toujours le bjiiiiii que j'entends, sans modification aucune, sauf pendant la nuit. Lorsque je me bouche l'oreille d'une façon quelconque, je le perçois un peu plus fort.

A la suite d'une digestion difficile, il s'accentue toujours un peu, pour redevenir plus faible lorsque la crise est passée.

La marche, le grand air, les exercices du corps, le diminuent un peu, le travail continu, la contention d'esprit, les secousses morales l'augmentent toujours. C'est un va-et-vient perpétuel dont je ne puis prévoir la fin.

L'audition est restée bonne; jamais de battements, jamais d'autophonie. Qu'arrivera-t-il dans l'avenir? Suis-je menacé de surdité? Quelle est la lésion cause?

Pour ma part, je suis convaincu qu'il existe dans l'oreille interne une modification qui est sous l'influence de l'innervation de l'estomac.

Telle est mon observation; je l'ai prise avec soin, et il m'a fallu éprouver par moi-même ce bruissement si désagréable, pour me rendre un compte exact de ce qui pouvait se passer chez d'autres malades, et tâcher d'en saisir les causes. Je suis absolument convaincu de l'influence des maladies de l'estomac sur l'appareil auditif et l'opinion ancienne de M. Leven me paraît être très vraie.

Je vais maintenant donner certaines observations prises parmi celles que j'ai recueillies depuis quelques années et qui me paraissent des plus probantes.

Obs. II. — 1880. — Quarante-neuf ans, assez bonne santé habituelle; tempérament sanguin; pas de diathèses appréciables. Dyspeptique depuis trois ans, a été soigné à plusieurs reprises par des médications variées; intermittences dans son

état qui est tantôt bon, tantôt mauvais. Depuis 4 mois, il a des bourdonnements dans l'oreille droite d'une façon continuelle (eau bouillante), avec variations dans la force. Ils sont venus subitement. L'examen ne révèle aucune lésion dans l'oreille externe ou moyenne.

Soigné pendant deux mois par des médications différentes, aucune modification dans son état. Il n'existait pas la moindre surdité.

Revu en 1883, sa dyspepsie est presque guérie, le bruit de l'oreille droite a diminué, mais n'a jamais cessé complètement.

Obs. III.— 1881. — Mme X..., trente-neuf ans, maigre, lymphatique, sans antécédents marqués, m'est adressée par le Dr Leven. Dyspeptique depuis trois ans, affligée depuis huit mois de bruits continuels dans l'oreille gauche, ressemblant à un sifflement léger qui est survenu du jour au lendemain, à la suite d'une crise violente de gastralgie. Il existe un peu de surdité qu'elle déclare nettement avoir vu apparaître à la même époque que les bruits. Un examen très attentif de l'appareil auditif ne me révéla pas la moindre lésion apparente. La perception crânienne des diapasons divers est normale.

Soignée par le Dr Leven, pour son affection d'estomac pendant trois mois; revient me voir au bout de quatre mois. La surdité est la même, mais les bruits ont diminué, et cessent même quelquefois pendant plusieurs heures, lorsque son estomac ne la fait pas souffrir.

Cette malade se rend très bien compte de l'exacerbation des bruits à la suite des crises de gastralgie.

Dans cette observation comme dans la suivante, les phénomènes sont nettement caractérisés.

Obs. IV. — 1885. — M. X... cinquante-quatre ans, maigre, sec, nerveux, de bonne constitution, sans antécédents héréditaires, a été atteint, au commencement de 1885, de dyspepsie violente avec gastralgie, etc. Cette maladie d'estomac a eu un très fort retentissement sur la santé générale ; du mois de

mars au mois de juin, il a été pris de vertiges, de sensations de tournoiement, et d'étouffements continuels amenant presque la syncope. Il lui semblait, disait-il, *qu'il allait mourir à chaque instant.*

En même temps que ces symptômes, il ressentit dans l'oreille gauche des bruits assez forts qui le gênaient et par moments l'exaspéraient (bruits de chaudière).

Quand les crises gastralgiques étaient plus intenses, le bourdonnement augmentait pour diminuer ensuite.

Au moment où ce malade vient chez moi (juillet 1885) il se sent beaucoup mieux depuis un mois; l'estomac est presque remis. Il se nourrit bien, et si ce n'était le bruissement, il se considérerait comme guéri.

Je ne trouve aucune lésion dans la trompe ni dans la caisse, rien en somme qui puisse expliquer les symptômes qu'il a éprouvés. J'ajouterai, chose singulière, pas de surdité appréciable.

Je l'ai soumis à l'électricité statique pendant 12 heures et M. X... m'assura que ces bruits avaient diminué.

Obligé de s'absenter pour affaires importantes, il partit en province.

Je l'ai revu en décembre 1885. Sa santé est très bonne, et le bourdonnement est si minime qu'il se considère comme guéri.

Je tiens à donner encore une observation qui m'a paru excessivement intéressante au point de vue de l'explication des bruits subjectifs :

Obs. V. — (Mai 1883.) M. X..., quarante-deux ans, de bonne constitution, n'a pour ainsi dire jamais été malade; a eu des ascendants goutteux.

Il habite les colonies où il a contracté, il y a dix-huit mois, une forte dyspepsie flatulente avec dilatation de l'estomac constatée, qui l'a fait beaucoup souffrir.

En juin 82 (alors qu'il souffrait déjà depuis quelques mois), un jour, vers quatre heures, après un déjeuner très copieux, il entendit tout à coup dans son oreille gauche, un bruit de

sifflet qui augmenta de force dans l'espace d'une minute à peu près, et fut suivi d'un vertige rapide.

Dans la soirée, à cinq ou six reprises, le même bruit se renouvela accompagné du vertige, fugace, très rapide, sans nausées ni vomissements.

Pendant trois jours il resta dans cet état pénible, le sifflement plus fort précédant toujours le vertige; lorsque ce dernier cessait, le bruit disparaissait assez peu de temps après.

Interrogé avec soin, il déclare avoir observé que son audition n'avait pas varié pendant la période de maladie.

En avril 1883, nouvelle crise de dyspepsie; cette fois le sifflement arriva progressivement, beaucoup moins fort qu'en 1882, toujours continu, mais sans le moindre vertige. Ce malade vint chez moi en mai 1883. Les oreilles externes et moyennes sont intactes. Je m'abstins de tout traitement local, et étant donné le triste état de l'estomac, je ne pus lui prescrire le bromure à haute dose qui m'a réussi quelquefois.

L'audition, examinée attentivement, me parut n'avoir baissé que de 10 à 15 °/₀, à peu près. M. X. repartit aux Colonies, et m'écrivit en 1884 que son estomac était à peu près remis et que le bourdonnement, quoique continu, était assez léger. L'audition n'était ni meilleure, ni pire.

J'arrête ici mes citations ; j'ai cherché, parmi les 43 observations que j'ai prises, celles qui me paraissaient les plus propres à démontrer l'action du système nerveux splanchnique sur la circulation de l'oreille interne, d'après les idées de M. Woackes.

M. Leven, avec qui j'ai causé dernièrement de cette question, m'a dit posséder des centaines de faits dans lesquels il a trouvé de la surdité, des bourdonnements. D'après lui, on rencontre ces phénomènes dans toutes les maladies de l'estomac, cancer, ulcère, dyspepsie, etc. Son opinion est des plus catégoriques. Il admet que la théorie de Woackes peut expliquer ce qu'on observe, mais, il ajoute que les centres nerveux peuvent agir *directement*,

en dehors de toute autre cause. Je n'ai pas à discuter ce point, cela m'entraînerait trop loin.

L'observation qui m'est personnelle me paraît assez nette pour éclairer le diagnostic ; s'il n'y a pas certitude, il y a au moins présomption.

Le professeur Bouchard a noté aussi de la surdité, des bruits et des vertiges dans les maladies de l'appareil digestif.

En somme, ces bourdonnements de natures diverses, ont bien leur point de départ dans l'oreille interne. Mais, comment ces changements de pression sur l'endolymphe, mettent-ils en vibrations continuelles ou intermittentes les organes de Corti? De quel genre est la lésion temporaire existant lorsque les bruits disparaissent plus tard? Pourquoi chez certains malades existe-t-il de la surdité, et pourquoi n'en trouve-t-on pas chez d'autres?

L'anatomie pathologique nous est tout à fait inconnue!

Il reste donc acquis que les affections de l'estomac ont un retentissement considérable du côté de l'appareil auditif.

Les bruits perçus sont de natures variées, mais ceux qui se rencontrent le plus fréquemment sont des bruits non rythmés, sifflements, eau bouillante, bruissements divers, etc., mais, chose à noter, jamais de battements isochrones au pouls.

•

Voici quelques autres indications sur les 43 faits que je possède.

27 femmes. — 17 hommes.

Mono-auriculaire { D — 13 / G — 29 } = Biauriculaire 1.

De 20 à 30 ans.... 1
30 à 40 — 11
40 à 50 — 27
50 à 60 — 3

Audition, 100 étant l'échelle auditive normale.

Audition à 10 0/0.....	6
— à 25 0/0.....	4
— à 50 0/0.....	9
— à 75 0/0.....	7
— de 95 à 100 0/0.....	17

Chez 17 sujets, j'ai donc trouvé l'audition normale, ce qui contredit dans une certaine mesure les assertions des otologistes regardant les bruits subjectifs comme étant toujours la première étape de la surdité.

Il serait sans doute intéressant de faire un parallèle entre les bourdonnements causés par les diverses lésions de l'appareil auditif, et ceux qui sont liés à des affections stomacales, mais cela m'entraînerait au-delà des bornes que je me suis tracées.

CONCLUSIONS

Il résulte des faits observés qu'on peut devenir sourd par l'estomac; cette locution n'est pas très scientifique, mais elle est claire et précise.

Les otologistes doivent rechercher avec soin, chez les malades qui se plaignent de bourdonnements et de surdité, si cet état n'est pas dû à l'influence d'une maladie de l'appareil digestif.

Le diagnostic est rendu plus précis encore par l'absence de lésions dans les oreilles externes ou moyennes.

Les bruits peuvent se montrer avant les premiers symptômes de la maladie d'estomac. Mais, on les voit le plus habituellement apparaître vers la deuxième ou troisième année, et quelquefois beaucoup plus tard.

D'après mon observation, ils n'affecteraient généralement qu'une seule oreille; M. Leven m'a dit les avoir souvent rencontrés des deux côtés.

La surdité est variable; quelquefois elle est très forte, et à ce degré le plus souvent incurable.

La diminution ou l'augmentation des bruits suit assez

exactement, dans certains cas, la marche descendante ou ascendante de l'état dyspeptique.

La thérapeutique locale ne donne généralement que d'assez médiocres résultats.

Cependant l'*électricité statique* (dont je parlerai plus tard) m'a permis d'obtenir quelques bons effets, dans la période aiguë des bruits.

L'indication la plus rationnelle, consiste à soigner avec persévérance la maladie d'estomac qui est le point de départ de ces accidents si pénibles, pouvant entraîner des désordres graves.

Le bromure de potassium, à hautes doses, réussit dans certains cas, quand il est supporté par les malades.

Enfin, il est à craindre, dans certaines circonstances, que les lésions de l'oreille interne, quoique peu sérieuses, soient assez constantes pour déterminer la persistance des bruits sujectifs, à un degré plus ou moins fort.

MUSÉE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES LARYNGOPATHIES

par le Dr **MOURA** (1).

La théorie de la voix humaine est une des questions scientifiques qui ont provoqué le plus de recherches et le plus d'expériences parmi les physiciens, les anatomistes, les physiologistes et les professeurs de chant. Elle est encore aujourd'hui sans solution satisfaisante.

La découverte du laryngoscope, il y a 25 ans, devait, dans l'esprit du plus grand nombre des spécialistes, aplanir les difficultés en mettant sous les yeux le fonctionnement de l'organe vocal. Il y eut même un moment d'engouement, car l'idée du miroir laryngien, si longtemps attendu, date de loin, comme toute idée humaine. A cet égard, permettez-moi, chers et savants collègues,

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 29 avril 1886.

de vous citer un passage retrouvé dans mes notes et pensées du commencement de l'année 1850. Ce passage donne une entière confirmation à ce que j'écrivais à la première page de mon traité de laryngoscopie pratique, éd. 1865.

J'étais alors élève à l'École de perfectionnement du Val-de Grâce, et, selon mon habitude, je fixais sur un carnet mes réflexions journalières. Voici le passage en question :

« Faire un instrument qui porte un petit miroir à l'extrémité d'une tige afin qu'en introduisant ce miroir au fond de la bouche, il permette de voir (*avec un réflecteur s'il est nécessaire*) la glotte, le larynx, la partie supérieure du pharynx, la partie postérieure des fosses nasales, etc. Le miroir pourra être fixé et avoir une certaine direction calculée d'avance. » (1)

J'avais entièrement oublié cette note lorsque Czermak vint en 1860 nous montrer un laryngoscope éclairé à l'aide d'un réflecteur. J'ai donc raison de soutenir : « Les idées sont de droit commun; elles n'ont aucune valeur scientifique tant qu'elles ne sont pas réalisées au point de vue de la pratique. »

Désireux de suppléer à l'insuffisance des études laryngoscopiques et à l'inanité de vivisections nouvelles, j'avais eu l'idée, dès l'année 1864, de chercher la solution du problème dans les mesures millimétriques des diverses parties de l'appareil de la voix et surtout des lèvres de la glotte, connues, depuis si longtemps, sous le non significatif de *cordes vocales!*

En 1872 seulement j'ai pu réaliser mon idée. Le bienveillant accueil que je reçus de la part de Béhier, de son chef de clinique, Henri Liouville, et des internes me permit de me livrer à des recherches minutieuses pendant plusieurs années dans la clinique et le laboratoire de

(1) L'idée même de l'emploi du réflecteur pour éclairer le laryngoscope est antérieure de 10 ans à son application par Czermak.

l'ancien Hôtel-Dieu et de former en même temps une collection de plus de 80 pièces d'anatomie pathologique sur les maladies de l'organe de la voix. C'est la nomenclature et la classification de ce musée pathologique spécial que j'ai l'honneur de soumettre à l'attention de mes collègues de la Société. Quelques pièces ont été malheureusement perdues ou détériorées dans le transport des bocaux au nouvel Hôtel-Dieu.

Première classe ou série A.

Laryngo-phtisies générales.

La tuberculose est arrivée au dernier degré de généralisation, elle a atteint et détruit plus ou moins profondément le larynx et les voies respiratoires.

N° 1. — Autopsie du 22 août 1871.— Salle Sainte-Jeanne 33. Larynx — Ulcérations multiples de la muqueuse arythénoïdienne et de l'épiglotte.

N° 2. — Autopsie du 6 février 1872.— Salle Sainte-Jeanne 1. Larynx; 20 ans. — Ventriculite ulcéreuse double. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire gauche.

N° 3. — Autopsie du 8 mars 1873.— Salle Saint-Antoine, 32. Muqueuse pharyngo-laryngée en voie de destruction, cartilages arythénoïdes à nu.

N° 4 — Autopsie du 9 mars 1872.— Salle Sainte-Jeanne, 40. Ulcérations profondes de la muqueuse du larynx. Débris de muqueuse sur le bord des lèvres de la glotte simulant des végétations cancéreuses et polypes. Orifices ventriculaires rongés.

N° 5. — A., 30 mars 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 9. — Vestibulite ulcéreuse. Injection et érosions de la muqueuse laryngo-trachéale; la partie la plus atteinte est l'épiglotte.

N° 6. — A., 30 mars 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 11. — Arythéno-cordite double. Ulcérations superficielles.

N° 7. — A., 4 avril 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 29. — Arythéno-vestibulite ulcéreuse droite. Ulcération profonde sur le repli sus-glottique droit, ayant 15 mill. de long. Le

repli sus-glottique gauche est rongé. Ulcérations miliaires multiples sur la muqueuse crico-trachéale.

N° 8. — A., 12 avril 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 7. — 30 ans. Crico-arythéno-cordite ulcéro-membraneuse. Ulcérations multiples, granulo-phymiques cricoïdiennes.

N° 9. — A., 27 avril 1873. — Salle Saint-Antoine, 22. — Laryngite ulcéreuse. Ulcérations multiples sur la muqueuse du larynx, rares sur celle de la trachée.

N° 10. — A., 28 mai 1873. — Salle Saint-Antoine, 23. — Laryngite tuberculeuse. Ulcérations sur les lèvres de la glotte et dans les ventricules. Arythénoïde droit nécrosé.

N° 11. — A., 27 octobre 1873. — Salle Sainte-Jeanne. — La tuberculose a envahi et ulcéré poumons, trachée, larynx, intestins. Ulcérations laryngées, œdème de la glotte.

N° 12. — A., 8 décembre 1873. — Salle Saint-Antoine, 26. — 48 ans — Laryngite ulcéreuse profonde. Muqueuse et arythénoïdes détruits. Ulcérations granulo-caséuses jusque dans l'intestin.

N° 13. — A., décembre 1873 — Salle Saint-Antoine. — Ventriculite et arythéno-cordite ulcéro-granuleuse double. Œdème de la glotte.

N° 14. — A., 11 juin 1874. — Salle-Sainte-Anne, 1. — La muqueuse du larynx est envahie par l'ulcération phymique depuis l'épiglotte jusqu'à la trachée.

N° 15. — A., 3 juillet 1874. — Salle Saint-Bernard, service de M. Guéneau de Mussy. 67 ans. Dégénérescence granulo-graisseuse de tous les cartilages du larynx et de la trachée. Villosités hypertrophiques dans l'amygdale droite.

N° 16.— A., du 4 juillet 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 20.— 70 ans. Arythénoïdite double. Ulcération membraneuse et superficielle de la face interne des arythénoïdes.

N° 17. — A., 13 juillet 1874. — Salle Sainte-Jeanne, 6. — 19 ans. Ventriculite ulcéro-membraneuse double. Pièce perdue.

N° 18.— A., 23 juillet 1874.— Hôpital Beaujon, service de M. Moutard-Martin.— Crico-arythéno-cordite double. Epistaxis rebelle dont le siège fut révélé par l'autopsie sur le

cornet moyen gauche; l'extrémité antérieure de ce cornet était détruite par l'ulcération tuberculeuse.

N° 19.— A., 5 août 1874.— Salle Sainte-Jeanne, 21. — 28 ans. Chondrite thyréoïdienne. Abcès pré-thyréoïdien ouvert dans le larynx. Le pus formait collection au-devant de la pomme d'Adam et avait soulevé les muscles hyo-thyréoïdiens.

N° 20. — A. 21 août 1874.— Salle Sainte-Jeanne. — 21 ans. Laryngo-trachéite ulcéreuse, toute la muqueuse est le siège d'ulcérations granuleuses.

N° 21. — A., 25 août 1874. — Salle Saint-Raphaël, 13. — 47 ans. Crico-arythéno-cordite droite profonde et ventriculite gauche. Ulcérations miliaires sur la partie postérieure de la lèvre vocale droite.

N° 22. — A., 9 septembre 1874. — Salle Sainte-Anne, 30.— Chondrite thyréoïdienne; abcès intra et péri-laryngien. Œdème vestibulaire. Sur cette pièce on voit comment le pus tuberculeux a contourné le cartilage thyréoïde de dedans en dehors et a produit des perforations et des destructions très étendues.

N° 23. — A., 29 août 1874.— Salle Sainte-Martine. — 24 ans. Ventriculite double, à gauche au début, ulcéreuse à droite. Face interne des arythénoïdes légèrement atteinte. Pneumonie caséeuse avec cavernes à gauche. Aspect, tranche de savon ou de saucisson dans tout le poumon.

N° 24. — A., 2 novembre 1874.— Salle Sainte-Anne, 25. — 46 ans. Ulcérations multiples. Infiltration granuleuse de toute la muqueuse. Séquestre de l'arythénoïde droit.

N° 25. — A., 28 décembre 1874. — Salle Sainte-Jeanne. — 75 ans. Ulcérations granuleuses de toute la muqueuse glottique et vestibulaire, l'épiglotte excepté. Absence normale de la grande corne droite du thyroïde.

N° 26. — A., 1874 — Salle Sainte-Jeanne. — Ulcérations phymiques sur toute l'étendue de la muqueuse broncho-trachéo-laryngée; les parties les plus atteintes sont le vestibule et les premiers anneaux de la trachée qui sont à nu. La trachée a 16 anneaux. — Pièce recueillie par H. Liouville, chef de clinique.

N° 27. — A., 12 janvier 1875 — Salle Sainte-Jeanne. — 30 ans. Ventriculite ulcéreuse superficielle double.

N° 28. — A., 15 janvier 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 27. — 53 ans. Cricoïdite ulcéreuse nécrosique. — Abcès ouvert dans l'œsophage près de son entrée. — Œdème vestibulo-glottique. — Pièce perdue.

N° 29. — A., 19 février 1875 — Salle Sainte-Anne. — 26 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse double. Arythénoïde droit détruit. Apophyse antérieure de l'arythénoïde gauche à nu. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire avec insertion hyoïdienné à droite.

N° 30. A., 20 février 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — 38 ans. Arythéno-cordite double, ulcéreuse. Arythénoïde gauche à nu. Ventriculite gauche au premier degré. Muscle hyo-thyroïdien à insertion supérieure à droite de la ligne médiane de l'hyoïde.

N° 31. — A., février 1875. — Salle Sainte-Anne. — Crico-trachéite ulcéreuse profonde. Cartilages de la trachée dénudés. Légère compression de la trachée par le corps thyroïde hypertrophié. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire à insertion droite sur le corps thyroïde.

N° 32. — A., 1er mars 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 32. — Laryngite ulcéreuse profonde. Muqueuse en voie de destruction dans toute son étendue. Le bord de l'épiglotte est rongé à droite et le bord du repli arythédo-épiglottique l'est aussi à ganche. Apophyse de l'arythénoïde ulcérée.

N° 33. — A., 4 mars 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 28. — 41 ans. Arythénoïdite droite ulcéreuse profonde. Muqueuse en voie de destruction sur les côtés du vestibule, sur le cricoïde et dans la trachée. Infiltration granulaire et œdème de l'épiglotte.

N° 34. — A., 8 mars 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 2. — 60 ans. Laryngite au dernier degré de la désorganisation ou gangrène phymique. Epiglotte infiltré, ayant la forme d'un museau de tanche et détaché à droite par une profonde ulcération du repli arythéno-épiglottique. Anneaux de la trachée nécrosés.

N° 35. — A., 19 mars 1875. — Salle Saint-Raphaël, 30. — 19 ans. Arythénoïdite double. Apophyse de l'arythénoïde gauche ulcérée et à nu. Plaques d'aspect syphilitique sur la base de la langue et dans le vestibule, dénaturées par le chloral. Sur cette pièce, il y avait tendance de la maladie vers la guérison.

N° 36. — A., 23 mars 1875.— Salle Sainte-Jeanne, 39. — 44 ans. Laryngite ulcéreuse profonde. Muqueuse en voie de destruction dans toute son étendue. Face interne de l'arythénoïde gauche à nu.

N° 37. — A., 6 avril 1875. — Salle Sainte-Anne. — Arythénoïdite ulcéreuse double, plus prononcée à gauche; reste du larynx indemne. Pièce perdue.

N° 38. — A., 7 avril 1875. — Salle Sainte-Anne, 13. — Laryngite ulcéreuse. Ulcérations miliaires multiples sur toute la muqueuse avec infiltrations granulaires jusqu'à la trachée. Arythénoïdes droit et gauche à nu.

N° 39. — A., 19 mai 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 32. — 35 ans. Trachéo laryngo-pharyngite ulcéreuse. Muqueuse en voie de destruction depuis la base de la langue jusqu'à la trachée inclusivement. Nécrose arythénoïdienne gauche et ulcérations à droite.

N° 40. — A., 7 octobre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — 20 ans. Arythénoïdite ulcéreuse gauche. Ulcérations granulo-miliaires sur la muqueuse laryngée.

N° 41. — A., 15 octobre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 2. — 52 ans. Ventriculo-cordite ulcéreuse avec œdème vestibulaire. Lèvres vocales et ventricule droit ulcérés.

N° 42. — A., 5 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — Trachéo-laryngo-pharyngite ulcéreuse. Muqueuse en voie de destruction, surtout sur la base de la langue, le voile du palais, le pharynx et le vestibule. Infiltration granuleuse générale. Le bord de l'épiglotte non ulcéré est infiltré, œdématié.

N° 43. — A., 9 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — 44 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse double avec perforation de la muqueuse au niveau des apophyses arythénoïdiennes.

N° 44. — A., 2 décembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 32. — 31 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse double, membraneuse ou superficielle. Epiglotte légèrement œdémateuse à son bord libre. Muqueuse du larynx un peu infiltrée.

N° 45. — A., 15 décembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne, 3. — 41 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse droite. Ulcérations superficielles de la lèvre vocale droite et de l'arythénoïde droit. Œdème vestibulaire très prononcé.

N° 46. — A., décembre 1875. — Laryngite ulcéreuse profonde. Séquestre des deux arythénoïdes. Région ventriculaire rongée. Insertion antérieure des lèvres vocales et étoile des sillons laryngés détruites ; thyréoïde à nu sur ce point.

N° 47. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Anne. — Laryngite ulcéreuse profonde très avancée. Arythénoïde droit en partie détruit. Muqueuse ulcérée et infiltrée, à aspect cancéreux.

N 48. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 30. — Arythéno-cordite ulcéreuse profonde, double. — Arythénoïde gauche en partie détruit. Etoile des sillons ulcérée et laissant à nu le cartilage thyréoïde. Lèvres vocales fortement atteintes dans leurs fibres ligamenteuses. Epithélium détruit sur le cricoïde.

Les numéros 47 et 48 sont dans le même bocal.

N° 49. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — Trachéo-laryngo-pharyngite ulcéreuse profonde. Lèvre vocale droite détruite, ainsi que le repli arythéno-épiglottique gauche. Ulcérations miliaires sur la muqueuse trachéale, à droite surtout.

N° 50. — A., décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — 24 ans. Trachéo-laryngite ulcéreuse. Bord de la lèvre vocale droite détruit. Arythénoïde gauche en partie détruit. Ulcération miliaire sur la trachée et le cricoïde.

N° 51. — A., décembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne. — Arythéno-ventriculite ulcéreuse gauche, 2e degré, avec arythénoïde à nu sur sa face externe. Vestibulo-ventriculite droite ulcéreuse au 2e degré.

N° 52. — A., 23 décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — 44 ans. Arythéno-ventriculite ulcéreuse double au 1er degré ou superficielle. Œdème pharyngo-laryngé faisant partie d'une suffusion séreuse générale.

N° 53. — A., 24 mars 1876. — Salle Sainte-Anne. — 25 ans. Arythéno-cordite ulcéreuse double au 2e degré ou membraneuse. Ulcérations superficielles multiples de la muqueuse vestibulaire.

N° 54. — A., 29 mars 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — 25 ans. Laryngite ulcéro-membraneuse. Arythénoïde droit à nu à sa pointe apophysaire. Epiglotte et trachée normales.

N° 55. — A., 24 avril 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — Cricotrachéite ulcéro-chondreuse ou profonde avec dégénérescence graisseuse ou nécrosique : le côté droit de la trachée est le plus atteint. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire avec ses deux attaches à gauche de la ligne médiane.

N° 56. — A., 30 avril 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — 18 ans. Vestibulo-ventriculite ulcéro-membraneuse superficielle et arythénoïdite double superficielle ou épithéliale. Ulcérations concentrées sur le pied de l'épiglotte, sur les replis sus-glottiques et sur la moitié antérieure du premier anneau trachéal. Ulcérations folliculo-papillaires multiples sur le pharynx.

N° 57. — A., 6 mai 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — Laryngo-trachéite arrivée au dernier degré de la tuberculose. Corps thyroïde un peu hypertrophié avec ligament suspenseur très fort, inséré à gauche sur le thyroïde.

Nos 58, 59, 60. — Pièces perdues.

Deuxième classe ou série B.

Laryngo-phtisies partielles.

Une partie seulement de l'organe de la voix a été atteint.

N° 1. — Autopsie du 21 mars 1873. — Salle Saint-Antoine, 28. — Arythéno-vestibulite épithéliale droite. Hypérémie laryngo-trachéale. Ulcération de la mnqueuse arythénoïdienne et cricoïdienne.

N° 2. — A., 21 mars 1873. — Salle Sainte-Jeanne, 12. — Arythénoïdite droite profonde, avec face interne du cartilage à nu et face externe et articulaire mise à jour par un écoulement fistulaire.

N° 3. — A., 16 avril 1873. — Salle Saint-Antoine, 9. — Arythénoïdite ulcéreuse gauche limitée à sa face interne et à sa pointe apophysaire.

N° 4. — A., 6 août 1873 — Salle Sainte-Jeanne, 17. — Arythénoïdite ulcéreuse gauche. Hypérémie de la muqueuse.

N° 5. — A., 17 mars 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 38. — 35 ans. Vestibulite ulcéreuse. Epiglotte en voie de destruction. Repli ary-épiglottique droit profondément atteint et déchiré. Glotte et ventricules intacts.

N° 6. — A., 5 novembre 1875 — Salle Sainte-Jeanne. — 18 ans. Arythénoïdite ulcéreuse gauche, au niveau de l'apophyse vocale. Arythénoïdite droite superficielle. Reste du larynx intact.

N° 7. — Salle Sainte-Jeanne. — Arythéno-cordite ulcéreuse gauche et ventriculite double au 1er degré.

N° 8. — Salle Sainte-Jeanne. — Arythéno-vestibulite ulcéreuse profonde à droite. Ulcérations miliaires sur la muqueuse épiglottique et cricoïdienne, coté droit. Côté gauche du larynx normal; il a été soumis à des recherches microscopiques.

Les numéros 7 et 8 sont dans le même bocal.

Troisième classe ou série C

Tuberculose — Larynx sain.

N° 1. — Autopsie du 23 mars 1873 — Salle Sainte-Jeanne, 13. — Tuberculose généralisée. Larynx normal (H. Liouville).

N° 2. — A., août 1874. — Salle Sainte-Jeanne. — Tuberculose pulmonaire. Larynx idem. Sur ce larynx, j'ai mis à nu les anastomoses crico-œsophagiennes entre les deux nerfs laryngés.

N° 3. — A., 4 juin 1875 — Salle Sainte-Jeanne. — 27 ans. Tuberculose pulmonaire. Larynx sain. Sur cette pièce un

faisceau du muscle pharyngien inférieur gauche s'insère au sommet du lobe gauche du corps thyroïde.

N° 4. — A., 29 novembre 1875. — Salle Sainte-Anne, 9. — 49 ans. 1° Tuberculose du sommet du poumon. 2° Cirrhose syphilitique. 3° Cancer de l'estomac. Larynx normal. Base de la langue syphilitique. C'est une trinité diathésique inattendue.

N° 5. — A., 14 février 1876. — Salle Sainte-Anne.— 40 ans. Phtisie pulmonaire.

Quatrième classe ou série D

Maladies diverses — Larynx atteint.

N° 1. — Autopsie du 3 janvier 1874. Salle Sainte-Jeanne, 18. 25 ans. Cirrhose interstitielle. Variété hypertrophique. Teinte biliaire de tous les organes. Lèvres vocales à dents de scie. Muscle hyo-thyroïdien gauche. Le décédé était, depuis des années, garçon de salle à l'Hôtel-Dieu et il avait toujours parlé avec une voix de canard faible.

N° 2. — A., 1874. — Salle Sainte-Jeanne. — 60 ans. Cancer médullaire du coxal. Laryngite ulcéreuse. Pied de l'épiglotte à nu. Travail d'inflammation concentré sur la muqueuse de l'épiglotte et sur celle du cricoïde.

N° 3. — A., 6 mars 1875. — Salle Sainte-Anne. — Cancer utérin. Arythéno-vestibulite droite épithéliale avec ulcération superficielle de l'arythénoïde.

N° 4. — A., 5 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, — 17 ans. Fièvre typhoïde. Epiglottite ulcéreuse; le bord libre du cartilage est ulcéré des deux côtés. Tendance de la muqueuse à la gangrène. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire médian.

N° 5. — A., 15 janvier 1876. — Salle Sainte-Jeanne, 6. — 48 ans. Etat typhoïde mal défini pendant la vie. Laryngite septicémique, dite à tort *couenneuse*. Les couches épithéliales s'enlèvent facilement par lambeaux et simulent des fausses membranes sur la région glottique et ventriculaire. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire droit.

N° 6. — A., janvier 1876. — Salle Sainte-Anne. — 45 ans. Fièvre puerpérale. Laryngo-trachéite. Aspect gangréneux de l'épiglotte. Ulcérations au début sur la paroi droite du vestibule.

N° 7. — A., 14 décembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne, 21. — 39 ans. Affection cardiaque. Cordite ulcéreuse double, plus avancée à droite. Ulcérations superficielles sur la muqueuse du cricoïde. Muscle hyo-thyroïdien glandulaire droit.

N° 8. — A., 8 mars 1876. — Salle Sainte-Jeanne. — 76 ans. Affection cardiaque. Dégénérescence graisseuse pure des cartilages du larynx. Inflammation folliculo-glandulaire de toute la muqueuse de la bouche, du pharynx et du larynx.

N° 9. — A., 16 janvier 1875. Salle Sainte-Jeanne, 31. — 52 ans. Hydatides de la moelle épinière. Dégénérescence graisseuse des muscles intrinsèques du larynx avec renflements névromateux (Liouville).

N° 10. — A., 19 novembre 1875. — Salle Sainte-Jeanne. — Hémiplégie. Œdème laryngien léger. Muscle hyo-glandulaire gauche. Vermiculum absent.

N° 11. — A., 20 juin 1874. — Salle Sainte-Jeanne, 16. — 28 ans. Thyroïdite aiguë droite ayant fait dévier vers la gauche la trachée et produit sa compression. Vestibulo-cordite double très avancée, ulcéreuse. Lèvres vocales rongées profondément. Point d'infiltration, ni d'œdème.

N° 12. — A., février 1875. — Salle Sainte-Anne. — Hypertrophie du corps hyo-thyroïdien glandulaire droit, à insertion hyoïdienne médiane.

N° 13. — A., 31 janvier 1876. — Salle Sainte-Anne. — 15 ans. Chorée grave, asphyxie. Ecchymoses sous-pleurales, sur le pharynx, sur la face laryngée de l'épiglotte, etc.

RÉFLEXIONS

Sur 200 autopsies, Louis a trouvé le larynx ulcéré 1 fois sur 5, la trachée 1 fois sur 7.

Les ulcécations de l'épiglotte étaient presque constamment situées (47 fois) sur la moité inférieure.

Sur 180 sujets morts d'autres maladies, il a constaté l'ulcération du larynx 1 fois, du larynx et de la trachée ensemble 2 fois, et un œdème léger de l'épiglotte 3 fois. Les lésions laryngées furent deux fois plus fréquentes chez l'homme.

Sur 78 affections laryngées, j'ai relevé 13 sujets ayant succombé à d'autres maladies que la tuberculose. Parmi eux, il y avait 2 fièvres typhoïdes, 1 cancer de l'estomac, 1 carcinome utérin, 1 cancer du larynx, 1 cirrhose hypertrophique, 2 affections cardiaques, 1 métro-péritonite, 1 hydatides de la moelle épinière, 1 hémiplégie, 1 cancer du coxal, 1 hypertrophie du corps thyroïde.

Il résulte de là que le larynx est une fois sur six le siège d'une lésion dans les cas de mort occasionnée par une affection grave cachectique ou épidémique.

Des différentes parties du larynx plus ou moins maltraitées pendant l'évolution tuberculeuse, la muqueuse a été presque dans tous les cas (57 fois sur 65) le siège d'ulcérations générales plus ou moins profondes; les arythénoïdes viennent ensuite (26) 4 fois sur 10, celui du côté gauche deux fois plus que celui de droite; les deux cartilages étaient, 1 fois sur 8, le siège de la destruction phymique en même temps. L'épiglotte a présenté des ulcérations superficielles 5 fois, profondes ou cartilagineuses 4 fois et une infiltration granulaire donnant à son bord l'aspect d'un museau de tanche 3 fois.

Le cartilage thyréoïde était frappé de carie ou de chondrite tuberculeuse 5 fois et le cricoïde 3 fois.

Dans le nombre total 83, les hommes formaient les 2/3 et dans les cinq tuberculoses pulmonaires sans lésion laryngée il y avait trois femmes.

L'hypertrophie du corps thyroïde existait sur 6 larynx, et 3 fois elle avait produit la compression de la trachée.

Sur 78 affections laryngées, j'ai noté :

57 tuberculoses pulmonaires dans lesquelles le larynx était atteint dans toutes ses parties;

8 tuberculoses pulmonaires dans lesquelles un côté du larynx était seul atteint;

13 affections diverses dans lesquelles le larynx était le siège d'une lésion ou maladie plus ou moins avancée, et, parmi elles, il y avait laryngite ulcéro-membraneuse, dite phtisie laryngée, 7 fois.

Dans cinq cas de tuberculose pulmonaire, le larynx est resté à l'état normal jusqu'à la fin.

J'ai relevé 5 fois des ulcérations tuberculeuses dans le pharynx et 8 fois dans la trachée.

Les parties du larynx qui ont été le plus fréquemment le siège de l'inflammation et de l'ulcération phymique sont les suivantes :

Vestibulite épithéliale ou superficielle.	2		
Ventriculite — —	6		
Arythénoïdite — —	1		
Épiglottite ulcéreuse —	5		
— — profonde.	4		
Arythénoïdite ulcéreuse, profonde...	12 à gauche 6 à droite 8 des deux côtés	26 = 1/3 environ.	
Ary-vestibulite ulcéreuse, superficielle	1		
Arythéno-cordite — —	1		
Arythéno-cricoïdite — —	2		
Cricoïdite — —	1		
Cordite ulcéreuse, profonde.....	1 à gauche 1 à droit 6 des deux côtés	8	
Ulcérations membraneuses du larynx glandulaires ou papillaires.....	40	sur	57 = 9/10 environ.
Ulcérations membraneuses du larynx destructives, profondes.....	17		
Infiltrations granuleuses de la muqueuse simulant l'œdème.....	17		
Dégénérescence graisseuse des muscles.....	1		
Chondrite cricoïdienne.....	3		
Chondrite thyréoïdienne ulcéreuse..	5		

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA SUPPURATION DE LA CAISSE PAR DES INSTILLATIONS DE SUBLIMÉ. — 4 OBSERVATIONS

Par M. le Dr DUGARDIN, du Havre (1).

Depuis que l'on a reconnu que le meilleur antiseptique était le sublimé et qu'on a expérimenté son action en chirurgie pour le lavage des cavités, j'avais eu l'idée d'appliquer ce médicament au traitement de la suppuration de la caisse. Mais ne connaissant que les avantages de cet agent chimique employé à l'extérieur, sans connaître les désordres qui pourraient résulter de son introduction dans un organe aussi délicat que la caisse du tympan, j'hésitais à l'expérimenter dans l'otorrhée. Quand je pris connaissance du mémoire communiqué par M. Gouguenheim à la Société médicale des hôpitaux sur les injections de sublimé dans la tuberculose pulmonaire, encouragé par le succès qui avait couronné les expériences du médecin de l'hôpital Bichat, je résolus d'appliquer les instillations de sublimé au traitement d'une otite suppurée, franchement tuberculeuse, que je soignais à ce moment, car il me semblait que, ces injections n'ayant déterminé aucun accident inflammatoire dans une cavité pulmonaire, l'emploi de cet agent dans les affections de la cavité de l'oreille moyenne, surtout dans le cas envisagé, pouvait être tenté. Mon essai réussit pleinement, comme le montrera l'observation citée plus loin. C'est alors que j'appliquai ce traitement à tous les cas d'otorrhée que j'eus l'occasion de voir. Mais ayant remarqué que, dans bon nombre de cas, l'injection par le conduit auditif reste inefficace, soit à cause de l'étroitesse de la perforation ou de sa situation peu favorable à l'écoulement du liquide dans la caisse, soit à cause de l'atrésie du conduit ou des saillies plus ou moins prononcées qu'il forme dans ses différentes parties, je fais ces instillations par la trompe d'Eustache. Et

(1) Lu à la *Société française d'otologie et de laryngol.*, séance du 28 avril 1886.

en cela, je ne fais d'ailleurs qu'imiter M. Gellé, qui a décrit ce procédé dans son ouvrage récent (Maladies de l'oreille, 1885). Il est évident que si je rencontrais un conduit largement ouvert ou une perforation étendue, je n'hésiterais pas à pousser l'injection par cette voie, mais ces cas n'étant pas, du moins pour ce qui est de mon observation personnelle, les plus fréquents, je crois avantageux d'adopter le procédé décrit par Gellé.

Voici comment je procède :

Après avoir introduit le cathéter dans la trompe, je commence par pousser avec force une injection d'air dans la caisse. Cette manœuvre a pour résultat de chasser le pus qui baigne la cavité et de permettre ainsi au liquide médicamenteux de se trouver en contact plus intime avec la surface malade. De plus, elle a pour autre effet d'essayer la susceptibilité et la tolérance de l'individu, ce qu'il m'est utile de connaître pour savoir la quantité de gouttes que je puis instiller sans crainte d'accidents, quantité approximative bien entendu. Si en effet le sujet supporte le choc de l'air sans éprouver de vive douleur, de vertige ou d'étourdissement notable (ce qui, outre le danger immédiat, le rendrait rebelle aux opérations suivantes), j'instille cinq à six gouttes. Dans le cas contraire, je me contente de deux à trois gouttes au plus. Je sais bien que l'excès de liquide trouve issue par la perforation, mais dans le cas où cette perforation se trouve dans une situation peu favorable à l'écoulement du liquide, ou dans le cas où elle est très étroite, ce qui est encore fréquent, dans ces cas, dis-je, la pression trop prolongée sur la fenêtre ovale ne pourrait qu'être préjudiciable, d'autant plus que dans certaines circonstances, elle peut aller jusqu'à entraîner la syncope. C'est pourquoi, pour éviter ces accidents aussi désagréables pour le praticien que pour le malade, je crois plus prudent de régler la quantité de liquide à instiller sur la susceptibilité du sujet.

Introduisant à travers le cathéter une petite sonde de gomme filiforme et la faisant pénétrer jusque dans la caisse, au moyen d'un compte-gouttes, je dépose dans l'intérieur du pavillon de cette sonde quelques gouttes d'une solution de sublimé à 2 0/0, que je chasse doucement dans la cavité de l'oreille avec la bouche appliquée sur le pavillon de la sonde ou au moyen de quelques pressions de la poire de Politzer mise à l'entrée du pavillon de la sonde, sans pourtant l'y introduire.

Ces instillations sont renouvelées tous les jours. De plus, je recommande au sujet de se faire plusieurs fois dans la journée des lavages de l'oreille avec une solution de sublimé à 50 centigrammes pour 1000, c'est-à-dire la liqueur de Van Swieten dédoublée. Il ne faut pas non plus négliger l'état général et il est important d'appliquer à chaque diathèse la médication qui lui convient.

Obs. I. — M..., journalier, quarante ans, tuberculeux, tousse depuis deux ans. L'examen des sommets révèle l'existence des craquements. Depuis un an, cet homme est devenu graduellement sourd de l'oreille gauche. Au début, quelques petites douleurs dans l'oreille malade, mais très légères, accompagnées de bourdonnements assez violents.

Les douleurs ont cessé au bout de très peu de temps, mais les bourdonnements n'ont pas disparu. Depuis quinze jours, il s'est aperçu qu'un écoulement purulent, assez abondant, se faisait par l'oreille. Toutes les nuits, son oreiller est taché. Pas de douleurs, mais bourdonnements plus intenses. La surdité s'est encore accrue. A l'examen, nous trouvons le conduit baigné par le pus, et après nettoyage avec des bourdonnets d'ouate, nous constatons par l'épreuve de Valsalva que la perforation étroite siège dans le segment postéro-inférieur. Instillations tous les jours par la trompe d'Eustache avec la solution à 2/1000. Les instillations sont très bien supportées. Lavages de l'oreille avec une solution dédoublée de liqueur de Van Swieten. Au bout de trois semaines, cessation complète de l'écoulement. Les bourdonnements ont

presqu'entièrement disparu et l'audition est beaucoup améliorée (la montre qui n'était entendue qu'au contact, est maintenant entendue à une distance de huit à dix centimètres). A l'examen nouveau de l'oreille, nous constatons que la perforation n'est pas cicatrisée. Par l'épreuve de Valsalva, on perçoit un petit sifflement caractéristique, mais si l'on examine le tympan au spéculum, pendant qu'on fait exécuter au malade l'épreuve de Valsalva, on ne voit sourdre aucune gouttelette de pus. J'engage le malade à continuer néanmoins pendant quelque temps les lavages de l'oreille.

Obs. II. — C...., onze ans, a depuis deux mois environ, un écoulement purulent par l'oreille droite, écoulement qui s'est établi sans douleur aucune. Bourdonnements, surdité extrême. La montre n'est pas entendue au contact; mais perception crânienne accrue du côté sourd. A l'examen et après nettoyage du conduit, nous apercevons une végétation rougeâtre faisant hernie à travers le tympan. La tumeur ne nous semble pas pédiculée et nous essayons en vain de déterminer, avec le stylet, son point d'implantation. Nous ne pouvons pas dépasser la membrane et pénétrer à travers une perforation. L'indocilité du jeune malade nous rend d'ailleurs l'examen très difficile. Nous enlevons le polype avec le polypotôme de Wilde et l'enfant ne se prêtant pas au cathétérisme de la trompe, nous allons porter directement sur le tympan quelques gouttes de la solution à 2/1000, au moyen d'une petite sonde uréthrale en gomme du calibre n° 5, et à bout coupé, que nous faisons pénétrer le plus près possible de la membrane. Nous ordonnons de plus des lavages fréquents de l'oreille, avec une solution de liqueur de Van Swieten dédoublée. Les instillations sont faites tous les jours. Au bout de onze jours, guérison totale. Cessation complète de l'écoulement.

Dans cette observation, il faut évidemment tenir compte de ce fait que l'écoulement était entretenu par la présence du polype et qu'il aurait suffi de l'extraire et d'instituer un traitement antiseptique quelconque, pour voir cesser l'écoulement. Cependant, on peut se demaneer si le choix de l'antiseptique est indifférent et si les instillations de sublimé

n'ont pas eu raison de l'écoulement plus tôt qu'un autre médicament. Car il faut tenir compte, dans cette observation, de la rapidité de la guérison.

Le procédé de la petite sonde introduite le plus près possible de la membrane est recommandable, je crois, dans les cas où, pour une raison ou pour une autre, le cathétérisme de la troupe n'est pas possible.

Obs. III — Mlle V...., dix-huit ans, otorrhée depuis six semaines. Pas de douleurs. Bourdonnements, surdité. La montre est cependant encore entendue à dix centimètres environ. Antécédents syphilitiques probables. L'atrésie du conduit et le développement anormal de l'union de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse du conduit, ne nous permet de voir qu'une très faible portion de la membrane et il ne nous est pas possible de découvrir la perforation. L'épreuve de Valsalva nous indique cependant qu'elle existe.

Instillations de la solution à 2/1000 par la trompe tous les jours et lavage de l'oreille plusieurs fois par jour avec une solution de liqueur de Van Swieten dédoublée. Au bout de quinze jours de traitement, décroissance notable. L'écoulement très abondant au début est réduit à une ou deux gouttes par jour. Mais il ne nous a pas été permis de compléter cette observation, la malade n'étant plus revenue à la consultation.

Obs. IV. — P..., trente-deux ans, tuberculeux. Cet homme, à la suite d'nn refroidissement, ressent de violentes douleurs dans l'oreille s'irradiant dans tout le côté correspondant de la tête; en même temps, bourdonnements et surdité. Au bout de cinq ou six jours, un écoulement purulent abondant se fait par l'oreille malade et en même temps disparaissent les douleurs. L'écoulement continuait depuis six mois avec moindre abondance, et le sujet ne s'en préoccupait pas autrement, quand tout à coup il fut pris de névralgies intenses sous la dépendance du facial. A l'examen, nous découvrons que la perforation est située à la partie médiane du segment postérieur et n'est pas plus large qu'une tête d'épingle; la membrane est très épaisse et il n'est plus possible d'y découvrir aucune

partie du marteau. Surdité considérable; la montre est à peine entendue au contact, mais la perception crânienne est encore augmentée du côté sourd.

Instillations de la solution à 2/1000 par la trompe, tous les jours, et lavages plusieurs fois par jour avec une solution de liqueur de Van Swieten dédoublée.

Le sujet étant intelligent, je lui apprends à se faire lui-même les douches de Politzer, et je lui recommande de faire cette manœuvre avant chaque lavage. Je joins à ce traitement, l'application de quelques pointes de feu tous les trois ou quatre jours, sur l'apophyse mastoïde. Au bout de très peu de temps, cinq ou six jours à peine, l'écoulement qui auparavant était continuel et assez abondant pour tacher l'oreiller, est réduit notablement; et actuellement, au bout d'un mois de traitement, le malade ne s'aperçoit plus de son écoulement, si ce n'est, dit-il, que tous les cinq ou six jours il sent son oreille un peu humide; plus de névralgies. La surdité elle-même, sous l'influence certainement des douches de Politzer, s'est beaucoup améliorée, et le malade peut dormir sur l'oreille atteinte, ce qu'il ne pouvait faire auparavant, à cause des bourdonnements incessants.

Il est peu probable que ce malade guérisse d'une façon complète et permanente, car il y a lieu de supposer qu'il y a bien une lésion osseuse; mais cependant, c'est déjà un résultat notable que d'avoir réduit l'écoulement à une petite goutte tous les cinq ou six jours au plus. J'engage le malade à continuer les douches de Politzer et les lavages, cessant pour quelque temps les instillations par la trompe, afin de voir ce que cette interruption produira.

Telles sont les quatre observations que j'ai pu réunir jusqu'à maintenant.

Je sais que ces données sont insuffisantes pour faire passer un mode de traitement dans la pratique. Mais j'ai voulu simplement attirer l'attention sur le liquide que j'ai eu l'idée d'employer, dans les cas de suppuration de la caisse qu'il m'a été donné de traiter, et aussi sur l'effi-

cacité qu'il me semble y avoir dans bon nombre de cas de faire pénétrer le liquide par la trompe, quand toutefois les sujets peuvent supporter cette manœuvre. Ce procédé est à mon sens trop souvent négligé et remplacé, sans le même profit, par les injections par le conduit.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 27 avril, 8 h. 1/2 du soir.

M. Moura, Secrétaire, déclare la session générale ouverte.

Il donne lecture d'un résumé des communications faites à la Société pendant l'année par ses membres.

Ordre du jour.

Il est ensuite procédé à l'élection d'un président de séance. M. Gellé, élu, adresse quelques paroles de remerciement à ses collègues, à l'occasion de sa nomination.

1° *Correspondance.* — M. le Secrétaire a reçu plusieurs lettres concernant des demandes d'admission et de rectification au compte-rendu de la session d'octobre; il signale une erreur d'impression, faite à propos de notre confrère de Varsovie, M. Héring, sur la circulaire de l'ordre du jour des communications.

2° *Rectifications.* — M. Baratoux demande à faire plusieurs rectification au compte-rendu de la session d'octobre, publiés dans le dernier Bulletin :

A la page 33, ligne 13, du tome I du dernier Bulletin lire : *Brik* au lieu de *Burghe*, *Schnitzler* au lieu de *Chester*.

A propos de la communication de M. Gouguenheim : De la caféine, page 45, ligne 18, lire dans le dernier bulletin : « J'ai déjà parlé de la caféine que j'avais expérimentée, mais je la trouve bien inférieure à la cocaïne comme anesthésique des muqueuses du nez, des oreilles et du larynx. »

Page 46, ligne 2, lire : Delioux de Salignac, dans le *Dictionnaire de Dechambre*, au lieu de Fonsagrive dans son dictionnaire.

Enfin, à propos de la communication de M. Gellé, page 54 ligne 21, lire : Dans un cas de cicatrice complète du tympan et non dans un cas de perforation.

3° *Membres nouveaux.* — M. le Président soumet au vote de l'Assemblée les nominations définitives de MM. les docteurs :

Lévi, de Paris; Vacher, d'Orléans; Suñé y Molist, de Barcelone, et Charazac, de Toulouse, présentés au comité par MM. Moura, Gouguenheim, Verdos et Moure, de Bordeaux.

Les demandes d'admission de MM. Casadésus, de Barcelone; Rougier, de Lyon; Ferras, de Bagnères-de-Luchon; Dugardin, du Havre; Ouspenski, de Moscou; Châtellier, de Paris; Lichtwitz, de Bordeaux, présentés par MM. Moura, Garel, Gouguenheim, Moure, sont renvoyées au Comité qui se prononcera le plus tôt possible.

4° *Modifications aux Statut-règlements.*— Des modifications aux articles 10, 11, 12, 13, 18, 20, 21, 24 sont lues et soumises à la discussion par M. le Secrétaire, au nom du Comité.

Les articles ainsi modifiés et adoptés par l'assemblée sont :

Article 13.—La session ordinaire de janvier est supprimée.

Articles 10, 11, 12. — Le Président élu dans la première séance, sera nommé pour la durée de la session. Deux Vice-Présidents seront également élus dans la même séance parmi les membres présents de la province et de l'étranger. L'assemblée nommera, à la dernière séance de la session, un Président pour l'ouverture de la session prochaine. (Proposition Schiffers.)

Le Secrétaire et le Trésorier seront nommés en session générale, chaque année, et feront partie du Comité.

Article 6. — La session générale aura lieu dans la semaine après Pâques et la session ordinaire en octobre.

Article 10 du règlement. — Tout travail ou mémoire publié avant l'ouverture de la session ordinaire ou générale ne pourra être lu ou communiqué en séance à la Société.

Les autres modifications sont réservées pour la séance prochaine.

5° *Élections.* — M. le Président fait procéder à l'élection de deux Vice-Présidents et des membres du nouveau Comité.

MM. Héring et Moure sont élus Vice-Présidents.

MM. Moura, Miot et Gellé sont nommés, M. Ménière, reste Trésorier-Archiviste et M. Moura est maintenu Secrétaire.

MM. Noquet, Brébion, pour la province; Héring, Delie pour l'étranger.

6° La question de l'impression du Bulletin de la Société et le compte-rendu de l'état financier sont réservés pour la séance finale de la session.

Traitement local de la suppuration de la caisse du tympan.

M. Miot, introducteur de la question, passe en revue les divers moyens de traitement, qu'il range sous trois chefs principaux :

1° Moyens directs; 2° moyens indirects; 3° médication générale.

Les moyens directs comprennent les injections, les instillations, les insufflations, les cautérisations, les trochisques, le drainage, le tamponnement.

Parmi les moyens indirects, il range : les émissions sanguines générales et locales, les applications froides ou chaudes, les révulsifs cutanés, les purgatifs et le traitement galvanique. Après avoir parlé de ces divers moyens, M. Miot dit quelques mots du traitement des régions voisines et des organes malades pouvant réagir sur l'oreille.

Médication générale. — Il termine son exposé par le traitement général et l'hygiène et rappelle que la discussion doit surtout comprendre l'emploi des moyens locaux.

L'heure de la séance étant trop avancée, la discussion est renvoyée au lendemain.

Séance du 28 avril.

Présidence de M. le Dr Gellé.

M. le Secrétaire lit le procès-verbal de la séance d'hier.— Adopté.

L'assemblée prononce l'admission des membres nouveaux sur la demande de M. le Secrétaire, au nom du Comité.

Suite du traitement local de la suppuration de la caisse du tympan.

M. Baratoux. Chez un malade atteint d'otorrhée avec végétations, le traitement au moyen d'inhalations de nitrate d'argent et d'alcool absolu n'avait donné aucun résultat, au dire du malade. M. Baratoux trouva des bourgeons charnus sur la partie antérieure de la paroi supérieure de la caisse; ces bourgeons formaient une masse dure rétrécie en son milieu, de telle sorte qu'elle paraissait pédiculée. « Je voulus la détruire avec le galvano-cautère, dit notre collègue, j'y mis une seule pointe du cautère, attendu que mon malade avait eu déjà de violents vertiges. Le lendemain celui-ci accusait une douleur sur toute la tempe. Des accidents cérébraux survinrent. Le médecin qui fut appelé en consultation par la famille fit la trépanation de l'apophyse mastoïde. Le tympan était détruit; la végétation en occupait la partie supérieure et la suppuration était faible. »

On ne trouva pas de pus dans l'apophyse mastoïde et peu après le malade succomba. En raison des phénomènes d'irritation intense, M. Baratoux croit qu'il est plus avantageux de cautériser les bourgeons charnus avec l'acide chromique fondu, car il s'en est bien trouvé toutes les fois qu'il l'a employé et les vertiges qui suivent son application n'ont pas de suites.

M. Moure croit que l'anse métallique aurait produit un meilleur résultat que la piqûre.

M. Baratoux répond qu'il n'a pas employé l'anse, parce que le polype n'était pas pédiculé et qu'il était implanté à la paroi supérieure.

M. Noquet a employé l'anse métallique pour détruire les polypes volumineux; cependant cette application, aussi bien que la poncture, est suivie d'inflammations très vives et de phénomènes cérébraux graves.

L'acide chromique ne produit pas de ces accidents. Aussi a-t-il à peu près renoncé à l'emploi du galvano-cautère.

M. Gellé dit qu'il faut être très prudent dans l'application du galvano-cautère à cause de son retentissement sur le plexus tympanique.

M. Miot lit son mémoire (1).

M. Schiffers insiste sur l'importance qu'il faut attacher au siège de la perforation. Lorsque celle-ci n'est pas située sur une partie déclive, on ne doit pas hésiter à faire, comme M. Miot, la paracenthèse du tympan, de manière à faciliter l'écoulement du pus au dehors et à permettre aux moyens médicaux employés d'atteindre le siège du mal. Il est persuadé que beaucoup d'insuccès sont dus à ce fait que cette considération est trop souvent laissée de côté. C'est d'ailleurs un bon procédé pour obtenir le drainage de la cavité de la caisse, comme cela se pratique dans les cavités où séjourne le pus qu'il faut évacuer entièrement, comme les épanchements pleurétiques, par exemple.

Je fais, dit-il, très utilement, des instillations médicamenteuses dans la caisse par le conduit et je les associe soit au cathétérisme, soit à la simple insufflation d'air avec la poire; le liquide est, de cette manière, mis en mouvement et il agit *loco dolenti*.

Dans les cas d'inflammation plus ou moins prononcée des cellules mastoïdiennes, il s'est bien trouvé des applications permanentes de glace contenue dans une vessie appropriée ou avec le tube très commode de Leiter. Dans certains cas il donne la préférence aux révulsifs, sur les applications de sangsues, et dans d'autres aux compresses chaudes sur les cataplasmes.

M. Delie. — Il est avéré que le galvano-cautère employé pour détruire les polypes implantés à la partie supérieure des fosses nasales amène des réactions dangereuses dans les organes voisins; c'est un état congestif, une hyperémie de la base du cerveau qui explique les céphalalgies parfois violen-

(1) Sera publié.

tes qui suivent les simples cautérisations même du cornet inférieur; il n'y a donc rien de surprenant de voir la méningite survenir après l'application du galvano-cautère pour détruire les polypes ou végétations de la caisse du tympan. Il s'est bien trouvé de l'irrigation froide continue, même avec un tympan fermé ou non perforé; il confirme l'action bienfaisante que M. Miot attribue aux irrigations tièdes continues dans les inflammations aiguës ou suraiguës de l'otite moyenne suppurative. Il a cité des observations dans lesquelles ce traitement calma des poussées inflammatoires très douloureuses que nul autre moyen n'avait pu soulager.

M. Noquet dit qu'il n'y a rien d'absolu dans les résultats obtenus par tous ces moyens.

M. Gellé. — Les irrigations d'eau froide à 10 et 15 degrés sont un bon moyen dans tous ces cas. Il cite à son tour des cas d'otorrhée rebelle, guéris chez des enfants par le vésicatoire au bras maintenu pendant un mois, alors que tous les autres moyens avaient échoué. Quand l'otorrhée persiste et ne paraît qu'à moitié guérie, il y a lieu de supposer que l'apophyse mastoïde est malade; il cite une autopsie qui en mettant à jour des fongosités dans l'antre mastoïdien éburné, lui permit de découvrir la cause de cette persistance.

Il considère la perforation artificielle du tympan comme bonne, surtout quand il y a écoulement purulent par la trompe et la gorge, des crachements fréquents d'humeur et de sang, etc.

M. Miot confirme cette pratique en citant l'observation de trois malades guéris de cette manière (vésicatoires), alors que tous les autres moyens avaient échoué.

M. Moure pense que dans les cas de douleurs de tête violentes qu'accompagnent l'otorrhée ou l'inflammation de l'apophyse mastoïde, il n'y a pas à hésiter à pratiquer l'incision de Wilde, qui au besoin serait le premier temps de la trépanation de cette apophyse.

M. Noquet emploie, dans la période aiguë suivie de fortes douleurs, la décoction concentrée de tête de pavot, soit seule,

soit associée au chlorhydrate de morphine; il en fait des instillations chaudes. Il fait usage aussi de l'acide borique associé au chloral.

Quant aux poudres insufflées, il s'en sert avec précaution parce que ces poudres, acide borique, iodoforme, sublimé corrosif, forment avec les sécrétions des corps qui bouchent l'oreille. Ce fait se produit surtout quand les malades font eux-mêmes leurs pansements.

M. Delie. — L'action de l'alcool au dixième lui a donné de bons résultats. Il n'a pas observé d'accidents, même avec l'alcool pur. L'alcool, dit-il, est très efficace dans les cas d'otorrhées polypeuses, à végétations molles; je détruis au galvano-cautère ou à l'acide chromique solide toutes les végétations qui tombent sous mes yeux. J'ai recours à l'alcool pour obtenir la résolution, l'atrophie des bourgeons dispersés dans la caisse et qui échappent à l'observation.

Après un lavage fait minutieusement, le malade penche la tête du côté sain; M. Delie plonge alors dans l'eau bouillante une cuiller à café qu'il remplit de la solution alcoolique; il verse celle-ci dans l'oreille, jusqu'à ce que le liquide monte au tiers inférieur du conduit, suivant la recommandation de Politzer.

M. Delie commence ses applications avec l'alcool au 1/10e et arrive rapidement à l'alcool absolu. Une guérison plus prompte peut être obtenue avec l'addition d'acide salycilique depuis le 1/20e, jusqu'au 1/10e, ou encore avec des solutions concentrées d'alcool boriqué. Cette dernière solution n'est jamais confiée au malade lui-même qui abuse du traitement et cause l'accumulation de l'acide borique dans le conduit.

M. Schiffers a employé la solution de sublimé au 1/1000e et il s'en est bien trouvé. Quant à l'acide borique, il provoque des accidents graves par les dépôts qu'il forme dans l'oreille. La solution de sublimé est un moyen antiseptique excellent.

M. Brébion. — L'acide borique est employé au dispensaire de Lyon, tantôt seul, tantôt combiné avec l'iodoforme. On

fait suivre l'insufflation de cet acide en poudre, de lavages qui préviennent le danger signalé par nos confrères.

M. Ménière fait remarquer qu'il est bon de distinguer dans la suppuration chronique de la caisse deux états bien nets, celui de flux et celui de suintement. Les indications thérapeutiques sont sensiblement les mêmes, mais dans la période de suintement, les pansements secs avec les poudres antiseptiques sont indiqués d'une manière plus précise.

Du reste, en général, il faut savoir changer le traitement et passer d'un médicament à un autre. Certains moyens qui, à une époque de la maladie, ne donnent que des résultats incomplets, réussissent souvent fort bien quelques semaines ou quelques mois plus tard. Il présente un jeune malade qu'il a traité longtemps par tous les moyens connus sans succès. C'est alors qu'il a employé l'acide phénique précédé de lavages, il a pu ainsi obtenir la modification de la suppuration et des bourgeons charnus qui bouchaient les deux oreilles; il est arrivé à une demi-guérison en ce moment et il ne doute pas qu'elle ne soit complète dans quelque temps.

Il applique l'acide phénique cristallisé au 1/10e et jusqu'à parties égales avec la glycérine.

M. Moura lit la communication de M. Dugardin, du Havre, sur **le traitement de la suppuration de la caisse par des instillations de sublimé. 4 observations** (1), et il résume la communication de M. le Dr Berthold sur **la myringoplastie, à propos des perforations du tympan par suite de suppuration de la caisse**:

« M. Berthold de Kœnigsberg, a envoyé un petit mémoire sur la myringoplastie, à propos des perforations du tympan à la suite de la suppuration de la caisse... C'est, dit l'auteur, une correction du procédé qu'il a déjà décrit sous ce nom en 1878 (2) :

(1) Voir page 320.

(2) *Tageblatt der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte* in Cassel. 1878.

Se basant en premier lieu sur les recherches de Meckel (1) qui a trouvé dans le tissu fibreux de la membrane testacée de l'œuf de poule des traces de vaisseaux sanguins et des pores nombreux ; en second lieu, sur les expériences de diffusion de Wittich (2) démontrant la résistance de cette membrane à l'action des solutions concentrées de potasse, des acides acétique, chlorhydrique, nitrique, sulfurique et à celle de la putréfaction ; et en troisième lieu, sur la propriété qu'elle a d'adhérer très fortement par sa face interne aux objets secs, ce qui la fait employer comme emplâtre vulnéraire dans les campagnes, M. Berthold a, dès le milieu de l'année 1885, fait les premières transplantations de cette membrane sur le tympan perforé.

« De même que la guérison naturelle d'une perforation du tympan ne peut s'effectuer qu'après la disparition de la sécrétion de la muqueuse, de même il ne faut attendre une guérison à l'aide d'un moyen artificiel que lorsque la muqueuse de la cavité du tympan n'y fait plus obstacle.

« *Toute tentative d'obturation artificielle de la perforation avant la fin du processus pathologique dans l'oreille moyenne doit, par conséquent, être considérée comme infructueuse.* Au nombre de ces obstacles il faut compter surtout les granulations spongieuses, les excroissances polypeuses et les petits points cariés de la cavité osseuse du tympan. Après la guérison des processus pathologiques et de l'otorrhée, l'obturation de l'ouverture restée sur le tympan ne présente plus de difficultés.

« Voici le procédé que j'emploie. Je prends une pipette dont le tube de verre est recourbé, comme les pincettes à oreille (à l'angle d'environ 135°). Le tube est d'un assez petit calibre pour qu'il puisse être poussé dans le conduit auditif jusqu'au tympan. J'enduis le bord de son orifice d'un peu de blanc d'œuf. A l'aide de petits ciseaux, je taille en-

(1) H. Meckel : *Zeitschrift für wissenschaftl. Zoologie* von Siebold und Kölliker, 3 bd. page 430.

(2) Von Wittich : *Archiv für Anatomie und Physiologie* von J. Mueller, 1856. Heft II, page 286.

suite dans la membrane testacée une pièce un peu plus grande que l'ouverture à recouvrir et je la pose par son côté externe sur l'orifice du tube de verre. Je presse légèrement un tube en caoutchouc adapté à l'autre bout de la pipette. Il me suffit de suspendre cette pression pour attirer et appliquer contre l'orifice de la pipette la pièce, et celle-ci tient si bien et si ferme que je puis commodément en découper le morceau dont j'ai besoin. Si pendant ce temps elle s'est détachée, je l'attire de nouveau sur l'orifice de la pipette. J'introduis alors le tube dans le conduit auditif jusqu'auprès du tympan; par une pression du tube en caoutchouc, je fais passer sur le bord de la perforation la membrane par sa face interne ou glutineuse. Si la pièce est déposée à l'endroit voulu, l'opération est terminée. Si au contraire elle ne recouvre la perforation qu'en partie, je la fais glisser, à l'aide d'une sonde, sur l'endroit voulu.

» La pièce peut rester collée à la paroi du conduit ou s'enrouler en essayant de la déplacer avec la sonde ; ce sont quelques minutes de perdues. Il faut aussitôt renouveler l'essai avec un second morceau de membrane testacée.

» Immédiatement après l'adhésion de la pièce, l'amélioration de l'ouïe a lieu, dans la plupart des cas. L'exécution du procédé ne cause d'autres sensations que celles qui proviennent de l'attouchement du conduit auditif par la pipette ou la sonde. Même après l'opération, les malades n'ont pas la moindre sensation de la membrane collée. Celle-ci, dès le lendemain de l'opération, ne présente pas toujours le même aspect que la veille; son bord adhérent a bien, il est vrai, la couleur du tympan, mais son centre est tantôt blanc comme de la craie, tantôt gris foncé. Sa teinte blanche est une preuve que le centre de la pièce est entièrement sec. Si son aspect est foncé, on peut supposer qu'elle est imbibée d'humidité. Ces deux nuances peuvent se conserver sans changement durant des semaines entières ou varier d'intensité suivant le degré d'humidité.

» Si après l'occlusion de la perforation, il se produit de nouveau dans l'oreille moyenne des sécrétions qui empêchent la

guérison par agglutination, il faut détacher la pièce du tympan et recourir à l'emploi des moyens propres à tarir la sécrétion. On tentera une seconde fois la myringloplastie.

» Lorsque la membrane reste fixée à la même place pendant des mois entiers, lorsqu'elle résiste à la plus forte pression produite par l'insufflation au moyen du cathéter, il y a lieu de croire à une agglutination solide et à une guérison solide par assimilation de la membrane au tympan.

» Cependant il faut se garder d'injecter prématurément l'oreille après la transplantation; cela peut anéantir tout succès.

» Au reste, le conduit a été nettoyé avec soin avant l'opération; il n'y a donc, dans les premiers mois qui suivent, aucun besoin de seringuer l'oreille.

» Dans ces derniers temps, dit M. Berthold, j'ai réussi à guérir même les plus grandes perforations de tympans qui avaient conservé une étroite marge sur laquelle le morceau de la membrane avait été collé. C'est pourquoi je ne regarde pas comme fini le traitement de la suppuration de la caisse tant que la perforation du tympan n'est pas fermée. »

Du traitement local de la tuberculose laryngée.

M. Héring lit la première partie de sa communication (1).

M. Garel croit que la plupart des guérisons de tuberculose laryngée et même pulmonaire sont plutôt spontanées qu'obtenues par les moyens médicaux. Il en présente quatre cas dans lesquels les cordes vocales étaient ulcérées avec signes de tuberculose du sommet du poumon.

Suivant lui, le traitement général et hygiénique est le vrai traitement de cette affection. « J'ai eu l'occasion d'observer, dit-il, des cas de tuberculose laryngée à la période ulcéreuse, je ne crois pas pour cela à l'efficacité de notre intervention thérapeutique. Je puis citer quatre observations de guérison spontanée, remontant quelques-uns à 4 ou 5 ans. Les malades guérirent sans traitement local et parce qu'ils n'avaient

(1) Sera publiée.

qu'une réceptivité très imparfaite pour le tubercule. Cela s'explique, ajoute-t-il, quand on voit que plus de 50 pour cent parmi les sujets survivant à la tuberculose et venant succomber dans les hôpitaux, présentent des lésions pulmonaires guéries, des cicatrices véritables. Un seul de mes quatre malades était peut-être entaché de syphilis et un autre présentait nettement le bacille. »

M. Garel, en un mot, ne croit pas à l'efficacité du traitement local de la tuberculose laryngée.

M. Gouguenheim dit qu'il n'y a pas à hésiter dans l'emploi des moyens locaux pour arrêter le travail destructeur de la tuberculose dans le larynx, leur action est réelle et utile.

Il appelle l'attention des membres de la Société sur le travail de M. Héring qui est venu nous faire profiter de ses recherches microscopiques, recherches qui constituent un précieux élément de diagnostic entre la tuberculose et la syphilis laryngée.

M. Moure, sans vouloir déprécier les démonstrations microscopiques consignées dans la communication de notre confrère de Varsovie, dit que le diagnostic de la tuberculose peut être parfaitement établi sans elles et sans obliger le praticien à le compléter par l'examen microscopique.

M. Gouguenheim constate qu'il y a dans un certain nombre de syphilis du larynx une telle ressemblance avec la tuberculose, qu'il est bien difficile de se prononcer. Il pense que l'examen histologique sera d'un grand secours pour résoudre la difficulté.

M. Ferras est de l'avis de M. Moure; il n'admet pas que le bacille soit suffisant pour être un signe non équivoque de la tuberculose, car on sait qu'on ne le trouve pas dans les abcès tuberculeux. Pour lui, il ne pense pas qu'il puisse y avoir un bacille pour les médecins et un autre bacille pour les chirurgiens.

M. Rougier rappelle que la syphilis et le tubercule peuvent exister en même temps.

M. Héring répond qu'il s'est préoccupé avec soin de cette question et qu'il n'a réuni dans son travail que des observations bien nettes, bien étudiées de tuberculose.

Les études microscopiques, dit M. Héring, du tubercule miliaire ont démontré que les éléments histologiques qui les composent sont :

1° Des cellules lymphatiques rondes;
2° — épithélioïdes;
3° — gigantesques;
4° Du réseau adénoïde.

Les cellules gigantesques ne caractérisent pas la tuberculose, elles font défaut dans la forme infiltrée; elles ne sont pas él'lément initial dans l'histogénèse du tubercule miliaire.

Les bacilles du tubercule établissent le diagnostic de cette affection. Ils peuvent se présenter sous deux formes différentes :

Dans la forme maligne, ils sont caractérisés par l'évolution, le nombre et la grandeur des éléments.

L'analyse microscopique des parties enlevées pendant la vie peut permettre non seulement de fixer le diagnostic, mais encore l'emploi des moyens de traitement local.

Séance du 29 avril (matin).

Présidence de M. le Dr Gellé.

Suite du traitement de la tuberculose.

M. Moura croit que la plupart de ses confrères qui ont pris la parole sont passés à côté de la question. Il a été très surpris d'entendre dire par notre confrère de Lyon, M. Garel, que le traitement local contre la tuberculose laryngée ne sert à rien et que la médecine ne guérit pas cette maladie en général. D'après M. Moura, M. Garel a fourni lui-même un des meilleurs arguments contre sa manière de comprendre la nature de la tuberculose. La remarque que 50 pour cent des sujets qui viennent de mourir de phtisie pulmonaire dans les hôpitaux de Lyon offrent des traces de cicatrisation, est la meilleure indication de traitement que la nature donne au

médecin pour intervenir et l'aider dans son travail de réparation. Dans son mémoire sur les laryngopathies, M. Moura citait déjà, en 1874, plusieurs cas de phtisie laryngée ulcéreuse guéris.

Quant au traitement local de la tuberculose ulcéreuse du larynx, M. Moura distingue d'abord quatre degrés ou formes ulcéreuses. Dans la première dite *épithéliale*, les couches d'épithélium sont graduellement détruites par lignes ou par places plus ou moins étendues, laissant le derme à nu. La solution de nitrate d'argent et celle de chloral au 1/30e, 1/20e et 1/15e, arrêtent très bien le travail de désorganisation.

Dans la seconde forme, dite *papillo-glandulaire*, l'inflammation granulaire attaque la surface du derme et l'intérieur des glandules et des glandes de la muqueuse. M. Moura ajoute au badigeonnage avec la solution argentée les révulsifs au devant du cou, comme la teinture d'iode et parfois la solution saturée de sel de Boutigny à la glycérine (iodo chlorure mercureux).

Dans la troisième, dite *d'ulcération membraneuse profonde*, l'infiltration granulaire vient compliquer la destruction du tissu fibro-musculaire ou membraneux. C'est surtout contre ce travail profond de désorganisation que M. Moura emploie les applications de sel de Boutigny, tous les deux ou trois jours; l'action révulsive est très rapide et énergique. Une demi-heure après l'application de ce sel hydrargyrique, on peut constater la présence du mercure dans les urines, ce qui prouve son absorption.

Enfin dans la quatrième, dite *chondreuse*, les cartilages sont eux-mêmes le siège de la dégénérescence granulo-graisseuse. Ici les moyens les plus énergiques restent presque toujours impuissants, à moins que l'ulcération n'existe que dans un point limité.

Pourtant, M. Moura a vu le révulsif de Boutigny venir à bout d'une thyréoïdite grave, chez un jeune homme; une sténose laryngée s'ensuivit, ce qui n'empêcha pas le malade de vivre pendant des années avec une raucité particulière dans la voix.

M. Héring donne lecture de la deuxième partie de son travail: **De la curabilité des ulcérations tuberculeuses et de leur traitement par l'acide lactique** (1).

M. Moura donne lecture du mémoire de M. Masseï de Naples (voir p. 289).

M. Moura lit son mémoire sur l'**anatomie pathologique des affections laryngées, recueillies à l'Hôtel-Dieu**(2).

M. Brébion : **Traitement de la tuberculose laryngée par le galvano-cautère** (3).

M. Garel lit son **mémoire sur le centre cortical laryngé** (4) avec observations à l'appui.

M. Moure. — La question soulevée par notre confrère, M. Garel, touche à celle de savoir à quel groupe des muscles se rapporte la paralysie laryngée dans les cas cités dans son travail.

M. Garel répond que tous les muscles laryngés, excepté les arythénoïdiens, étaient atteints du côté correspondant à l'affection cérébrale.

M. Moura dit avoir eu l'occasion d'examiner le larynx dans les cas d'hémiplégie cérébro-spinale; il a constaté que la corde vocale du côté paralysé était immobile et rapprochée de la ligne médiane. C'était le muscle abducteur crico-arythénoïdien postérieur qui ne fonctionnait pas. Dans les cas d'aphasie ou de paralysie générale, il a trouvé de la parésie et non de la paralysie; les mouvements des lèvres de la glotte étaient imparfaits, hésitants, mais non supprimés.

M. Gouguenheim, dans les cas d'hémiplégie par affection cérébrale, n'a remarqué, dit-il, que des parésies, des faiblesses dans les muscles du larynx. Une des observations de notre confrère de Lyon lui semble des plus concluantes quant au siège de la lésion cérébrale. La paralysie laryngée a été le début d'une affection plus grave du cerveau confirmée par l'autopsie; il y a eu donc monoplégie, puis hémiplégie.

(1) Sera publié.
(2) Voir page 306.
(3) Sera publié.
(4) Voir *Revue* n° 5, p. 248.

M. Garel dit que sur un de ses malades, il n'a pu que soupçonner l'existence de la syphilis et quant à la localisation du centre laryngé, il n'y a encore rien de bien précis.

M. Rougier lit son **mémoire sur le délire des persécutions par troubles fonctionnels des organes du goût, de l'odorat et de l'ouïe** (1).

M. Gellé a observé les hallucinations de l'ouïe dans certaines affections de l'oreille. Dans un cas tout récent, une dame âgée a présenté de la surdité et surtout du tintement, qui peu à peu deviennent des hallucinations terrifiantes et l'origine d'un délire de persécution qui aboutit, 18 ans après, à de la paralysie générale.

2me Séance du 29 avril.

M. Moura, Secrétaire, lit le procès-verbal de la séance du matin. — Adopté.

Les modifications suivantes au Statut-règlement sont votées.

Aucune addition ou modification, les fautes typographiques et de linguistique exceptées, ne pourra être apportée aux mémoires par leurs auteurs, après communication à la Société. (Art. 20 *bis*.)

L'auteur de tout mémoire lu à la Société aura le droit de le faire publier en ajoutant la mention : *lu à la Société française d'otologie et de laryngologie.*

Le Bulletin de la Société sera, au plus tard, publié dans les trois mois qui suivront la session générale ou ordinaire.

Séance du 30 avril (matin).

Présidence de M. le Dr Moure, vice-président.

M. Noquet. — **Crises épileptiformes produites par une otite moyenne** (2).

M. Miot demande à notre confrère de Lille des renseignements sur l'état général du malade, et s'il n'y avait pas des antécédents rhumatismaux? Il a observé des accès épileptiformes moins accentués que chez le malade de M. Noquet, dans

(1) Voir *Revue*, no 5, page 252.
(2) Sera publié.

les cas d'obstruction de la trompe d'Eustache. Des accidents réflexes analogues ont lieu dans l'engorgement des fosses nasales. Ce qui m'étonne, c'est le déplacement du tympan signalé par mon confrère.

M. Noquet répond qu'il y avait peu d'engorgement et le déplacement du tympan était peu prononcé.

M. Miot pense qu'il n'y avait pas pression du liquide labyrinthique par l'étrier, mais plutôt action réflexe.

M. Moure demande si notre confrère de Lille avait constaté une *aura* sur son malade?

M. Noquet dit qu'il ne l'a pas observée, tandis qu'il avait reconnu l'otite moyenne.

M. Gellé croit devoir faire ressortir tout l'intérêt de la communication non seulement pour le fait si remarquable de la guérison d'une épilepsie, mais aussi à cause de l'étiologie auriculaire de cette affection.

Jusqu'ici les crises épileptiques coïncidant avec les maladies de l'oreille avaient été notées dans les cas d'otorrhée et de carie du rocher ou du temporal avec lésions et pachyméningite de voisinage.

La guérison nette et absolue, l'absence de suppuration, etc., démontrent qu'il s'agissait d'un processus pathologique très léger, limité aux parois de la caisse du tympan. On ne peut admettre qu'il y ait là une lésion de l'oreille interne; rien ne ressemble moins au vertige auriculaire que les grandes convulsions épileptiformes décrites par M. Noquet dans son observation. La guérison de la surdité montre également qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à cette idée étiologique.

M. Noquet, frappé de la surdité, soigne celle-ci et constate une déformation du tympan; les pressions centripètes lui donnent un résultat négatif. Mais la trompe permit le passage du Politzer, le redressement du tympan, l'amélioration de l'audition. L'étrier, d'abord immobilisé par enfoncement de tout l'appareil conducteur, mais non soudé, a été dégagé par la douche d'air, dit M. Gellé.

Les crises d'épilepsie naissant à la suite d'un état patholcgique de l'oreille, puis cessant entièrement, c'est là un fait nouveau. Tout sourd épileptique devient désormais justiciable du traitement auriculaire à deux titres.

L'observation si concluante de notre confrère de Lille ajoute un champ nouveau à la sphère d'action du médecin auriste.

Quant au diagnostic anatomique porté par M. Noquet au moyen des pressions centripètes, M. Gellé pense avec lui que l'étrier était immobilisé mais non soudé. L'immobilisation, autrement dit la fixation sans ankylose, résulte de ce que, par le fait du relâchement du tympan, tout l'appareil se porte en dedans vers la paroi labyrinthique sous la double influence de la pression atmosphérique et de l'aspiration en dedans produite par la déglutition. Ces deux actions incessantes combinées arrivent à ce que l'on pourrait appeler l'*écrasement* de l'oreille moyenne.

En dégageant la platine, le labyrinthe a été soulagé, et tout cela coïncidant avec la disparition des crises épileptiques, on ne saurait douter que la compression des nerfs acoustiques ne puisse provoquer des convulsions épileptiformes, c'est-à-dire un complexus symptomatique, tout à fait différent du syndrome si connu, le vertige de Ménière.

L'épilepsie est un symptôme possible de la simple compression ou de l'irritation labyrinthique. Nous possédons maintenant plusieurs manifestations ou expressions des souffrances du contenu de l'oreille interne; c'est d'abord la faiblesse, la résolution des forces musculaires consciente, subite, pouvant aller du vertige à la chute sur le sol; puis l'épilepsie ou la crise épileptique bien définie; enfin la contracture des muscles du cou que Laborde a obtenue chez les animaux par des lésions graves des canaux demi-circulaires.

M. Moure partage la manière de voir M. Miot. L'engorgement léger de la trompe ne suffisait pas à expliquer les vertiges, les crises. Il y avait action réflexe et un élément congestif a dû exister dans quelque point de l'organe auditif.

M. Gellé a fait trois autopsies de vertige de Ménière ; il y avait soudure de l'étrier dans deux et affection très nette de la caisse. Tous les nerfs de l'oreille étaient sains.

M. Moure lit son mémoire : **Fibro-sarcome primitif des fosses nasales. — Opération, guérison** (1).

M. Ménière lit son mémoire sur les **bourdonnements d'oreille dans les maladies de l'estomac** (2).

M. Gellé. — Dans une thèse comme celle que nous développe notre distingué confrère, il y a les faits et leur interprétation.

Les faits sont clairs, bien que l'examen détaillé des états anatomo-pathologiques ait dû nous être donné succinctement. Chacun de nous, au reste, a été à même d'observer des cas analogues. Le point délicat est de faire la part de ce qui revient à l'affection abdominale, à l'estomac, visé surtout ici, dans l'étiologie du bourdonnement, et dès lors il va de soi que l'on attache une grande importance à la constatation de l'état de l'audition et de son appareil. Loin de moi la pensée de nier la possibilité d'excitation des centres sensoriels auditifs par divers réflexes nés de l'estomac malade. Il suffit d'avoir eu une digestion pénible avec tendance au sommeil à la suite d'une fatigue extrême pour avoir perçu de violents bourdonnements d'oreilles. Chacun de nous a observé ceux qui coïncident avec les affections du cœur, la pléthore abdominale, l'état hémorrhoïdaire, etc. Mais nous savons aussi combien sont fréquentes, quoique tardives, les lésions appréciables de l'oreille dans ces états divers. Il y a tantôt succession, tantôt simultanéité dans les troubles gastriques ou autres et dans ceux de l'oreille.

La surdité de l'âge mûr succède souvent à la migraine dans l'évolution lente de l'individu ; ce sont là des manifestations successives d'une affection générale, l'arthritisme.

Je pense qu'il en est ainsi chez beaucoup des malades de M. Ménière. On sait combien sont fugaces et instables les

(1) Sera publié.
(2) Voir p. 296.

lésions de l'arthritis; ce sont des fluxions, des œdèmes rapides, mobiles, et nous voyons ses manifestations frapper successivement ou à la fois une grande partie des viscères ou des appareils de l'organisme.

D'autre part, on sait quelle influence l'état de l'estomac exerce sur les fonctions de l'oreille dès qu'un processus morbide l'a frappé; la surdité, les vertiges, les bruits auriculaires s'accroissent, s'exagèrent sous l'influence de la faim, de la réplétion stomacale, des poussées fluxionnaires. Ici, la lésion auriculaire est évidente, n'est-ce pas la thèse de M. Ménière renversée ? Il faut être réservé sur l'exclusion de la participation de l'oreille dans l'étiologie des bourdonnements, d'autant plus qu'il y a, aujourd'hui encore, une somme de lésions de l'oreille, trop légères ou trop profondes, qui peuvent facilement éc. apper à l'examen de l'otologiste. Les commémoratifs jouent alors un bon rôle, car ils nous dévoilent l'évolution antécédente et la préexistence de troubles extra-auriculaires.

M. Gellé a eu, dit-il, à soigner les oreilles malades d'un grand nombre d'individus soumis depuis des années à un traitement anti-dyspeptique et qui étaient sous l'influence de la même diathèse que l'affection traitée par lui dans les oreilles. Les malades atteints de vertiges qui nous sont envoyés ont d'ordinaire suivi pendant fort longtemps divers traitements dirigés contre une affection gastrique que l'on est habitué, depuis Trousseau, à mettre trop facilement en cause, alors qu'il y a succession et non causalité.

Voilà, ajoute M. Gellé, ce que j'ai observé et l'opinion que je me suis formée à la suite d'une pratique otologique déjà longue.

M. Noquet a observé un malade dyspeptique atteint d'otite moyenne simple; les digestions difficiles provoquaient des bourdonnements et des tintements d'oreille.

M. Gellé ne voit là qu'un état général et non local; ce sont des maladies qui évoluent; le bourdonnement, le vertige

sont le début de la surdité et celle-ci la fin de l'évolution. Il croit que tout cela se passe dans l'oreille moyenne.

M. Ménière n'est pas de l'avis de M. Gellé. Il cite des faits très nets dans lesquels il ne peut y avoir de doute : certains malades ont des bourdonnements qui cessent après l'amélioration de l'état dyspeptique et dont l'audition reste bonne quand même. Un grand nombre de sujets n'ont aucune affection de l'oreille.

M. Gellé observe qu'il n'a pas voulu dire qu'il y avait affection de l'oreille quand même.

M. Gouguenheim. — Il ne faut pas voir toujours une guérison dans la disparition des phénomènes morbides de l'oreille.

M. Moure lit le travail de M. Charazac sur **les fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières** (1) ?

Présentation d'instruments.

M. Gellé. — J'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société deux instruments :

1° UN RELEVEUR-ÉCARTEUR DU VOILE DU PALAIS.

Ce petit instrument, en forme de tire-bottes, est d'une grande simplicité ; c'est une tige droite de métal, courbée en forme de V allongé à son extrémité libre, arrondie en bouton.

Dans un premier temps on porte l'extrémité sous le voile, sur la paroi spinale du pharynx, et on la glisse aussi haut que possible. Dans un second temps on l'appuie sur cette surface solide, et on lui fait exécuter un mouvement de rotation qui a pour effet de porter l'angle du V sur le bord et derrière le voile; celui-ci s'écarte de la paroi spinale du pharynx en glissant sur la 2me branche du V, qui est devenue oblique en bas et en avant par suite de la rotation de l'instrument.

(1) Voir *Revue*, n° 5, page 241.

On conçoit que, par une manœuvre rapide, les deux temps peuvent se succéder au point de se confondre.

Avec l'abaisse-langue et cet écarteur, maniés à la fois, la plus grande étendue des parois du pharynx buccal et nasal se trouve soumise à l'inspection.

2° Acoumètre basé sur la durée de l'excitation sonore nécessaire a la perception.

Depuis longtemps j'avais été frappé des variations observées dans la perception des malades suivant le temps pendant lequel on a laissé la montre ou le diapason en face du conduit auditif. C'est ainsi que la montre étant perçue à 20 centimètres par exemple, laissée quelque temps sur l'axe auditif, cessait d'être entendue si je la faisais passer d'avant en arrière plus ou moins lentement au devant du trou de l'oreille, et beaucoup plus près de la tête. En imprimant ainsi à la montre, soit au diapason *la*³ (9 centimètres des oscillations rapides) à une courte distance du pavillon, soit de haut en bas, soit plutôt d'arrière en avant (en allant d'avant en arrière) la sensation a toujours plus de durée, par suite de la réflexion des ondes antérieures par le pavillon, on arrive à éteindre toute sensation, le sujet n'entend plus rien, et cependant, en s'arrêtant aussitôt, il perçoit à nouveau le son, qui s'éteint ou renaît ainsi à volonté.

On sait déjà qu'il est des sujets chez lesquels l'obliquité du conduit auditif externe, soit en bas, soit en arrière, soit en avant, et du plan de son orifice aérien, produisent des inclinaisons étranges de l'axe auditif, et nécessitent, pour qu'il y ait perception, que le corps sonore soit placé en des points situés en dehors de la ligne perpendiculaire au plan antéro-postérieur du crâne, dit axe auditif. Cet axe est, par ce fait, incliné dans des sens anormaux ; et cela explique suffisamment les curiosités de l'observation.

Dans ma communication c'est une action d'un tout autre ordre. Un facteur absolument négligé jusqu'ici est mis à l'étude, et entre dans la solution du problème de l'acuité de l'ouïe.

Il faut pour qu'une sensation ait lieu, une certaine durée de l'excitation. Chez les personnes dures d'oreilles, ce temps nécessaire à la perception devient tellement long qu'il est fort appréciable sans compteur; plus l'audition est active, au contraire, plus il est difficile de mesurer et d'apprécier cette quantité de temps indispensable à l'impression sonore.

Cette durée est calculable: voici l'instrument qui m'a permis d'arriver à ce double résultat de pouvoir éteindre la sensation sonore en imprimant au corps sonore une vitesse de translation connue et de calculer le temps du passage du corps au devant du méat.

Acoumètre. — L'instrument est constitué : 1° par une lame d'acier placée de champ, large de 5 centimètres, longue de 60 centimètres; une de ses extrémités est solidement saisie entre le mors d'un étau-support fixé sur une planche de chêne horizontale, épaisse, que des poids immobilisent. Cette lame peut osciller dans un plan horizontal, au dessus de la planche; son extrémité libre est disposée pour recevoir la tige d'un diapason, soit celle d'une poignée où s'encadre un téléphone ordinaire bien fixé.

A ce niveau la planche-socle est munie d'une échelle graduée en centimètres, de chaque côté du 0 central, qui répond au point de repos de la lame vibrante.

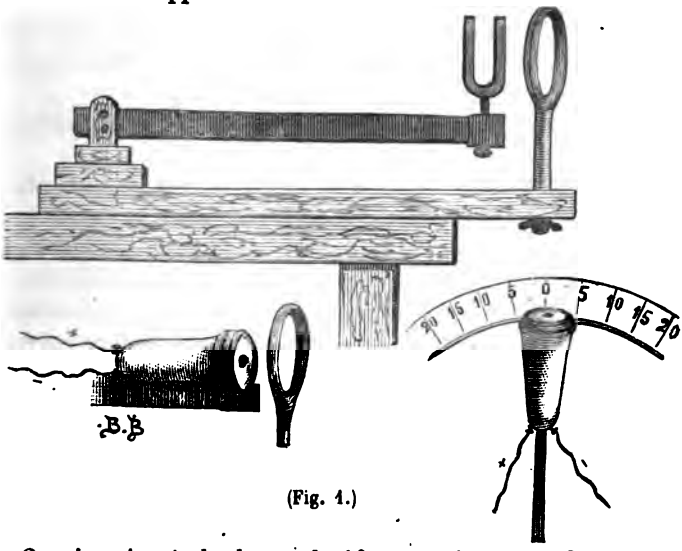
Le diapason doit pouvoir durer un certain temps sans grande perte d'intensité, bien que l'expérience soit fort rapide.

Le téléphone correspond à une pile éloignée dont le tremblement peut suffire à donner le son, ou à une pile animant un diapason armé de ses étaux mobiles pour varier la tonalité du son. On varie à volonté l'intensité du son apporté par le téléphone au moyen d'une bobine à Charriol intercalée dans le circuit et placée sous la main de l'opérateur. Ce son sera choisi le plus faible qu'il soit possible de percevoir, sur la limite de la perception auditive du sujet (Seuil de l'excitation).

Ce son est constant, et la distance à laquelle se trouve l'oreille du sujet en expérience pour le percevoir est constante. En effet, à quelques centimètres en face de l'extré-

mité mobile de la lame élastique, se dresse perpendiculairement, fixé sur la planche de chêne, un anneau de bois résistant dans lequel l'oreille du sujet vient s'encadrer et sa tête s'appuyer sur ce support fixe. Tel est le dispositif de l'expérience, en voici le but :

On a calculé par avance la durée d'une oscillation simple de la lame élastique (une allée) ; elle dure 1/4 de seconde ; c'est-à-dire qu'en un quart de seconde le diapason vibrant ou le téléphone passent une fois devant l'oreille placée dans l'anneau de l'appareil.



(Fig. 1.)

Or, si on écarte la lame de 10 centimètres du 0 central, et qu'on l'abandonne, elle traverse, en un quart de seconde, 20 centimètres en frappant devant l'oreille.

On l'arrête à la fin de sa course, ou à la 1re oscillation exécutée.

En un quart de seconde, le diapason ou le téléphone ont donc franchi 20 centimètres, et le temps du passage en un point correspondant à l'oreille aura été de 1/80me de seconde (20×4). L'excitation sonore partie du téléphone aura duré 1/80me de seconde. On conçoit qu'il est indispensable de

toujours écarter le diapason assez loin pour qu'il ne soit pas perçu. En résumé, avec ce dispositif, on peut à volonté, en calculant les distances parcourues, connaître le temps, car les oscillations de lame peuvent être regardées comme isochrones.

L'appareil fournit du même coup la vitesse de passage cherchée et le temps de l'excitation qui s'en déduit simplement.

On peut donc étudier l'effet d'excitation dont la durée aura été d'avance calculée, soit de 1/10e de seconde, de 1/20e, 1/40e, 1/60e, 1/80e, 1/120e de seconde suivant que la lame et le diapason auront été écartés de 5, 10, 15 centimètres à partir du 0 de l'échelle graduée.

Voyons maintenant quelques résultats de cette méthode d'examen :

Sur l'oreille saine, dans l'état normal de la fonction auditive, la durée de l'excitation sonore nécessaire pour qu'il y ait sensation, est assez variable suivant les individus. Cependant je n'ai pas rencontré de sujets dont les oreilles entendissent quand la durée de l'excitation était réduite à 1/120e de seconde à plus forte raison à 1/140e de seconde, toujours dans les conditions expérimentales indiquées plus haut.

Avec une durée de 1/80e de seconde, il y a déjà un chiffre imposant d'oreilles qui cessent de percevoir; c'est-à-dire que le diapason ou le téléphone de l'appareil entendus au repos, cessent d'être perçus si la lame est écartée à 10 centimètres du 0, ce qui donne 20 centimètres de chemin parcouru, et par suite réduit à 1/80e de seconde le temps pendant lequel le son a passé devant l'organe de l'ouïe.

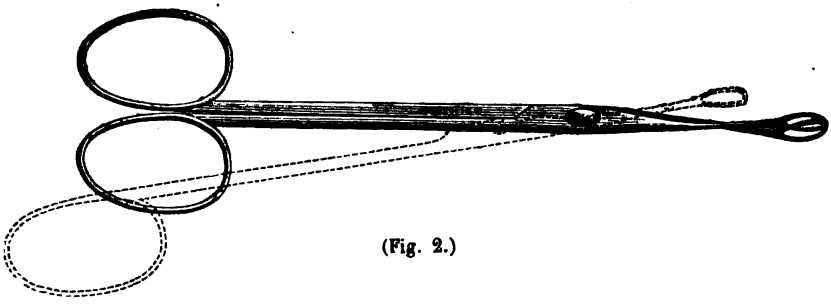
Chez les sourds, la durée de l'excitation nécessaire croît en proportion de l'affaiblissement de l'audition. On trouve alors qu'il faut que la lame ne s'écarte pas au-delà de 1, 2, 3, 4, 5 centimètres, etc., du 0 central, sans quoi l'audition cesse.

Il est des sourds pour lesquels la moindre oscillation de la lame suffit à éteindre la sensation très nette au repos. Pour éviter toute confusion, on doit faire percevoir le son au repos puis écarter la lame d'un certain nombre de centimètres en

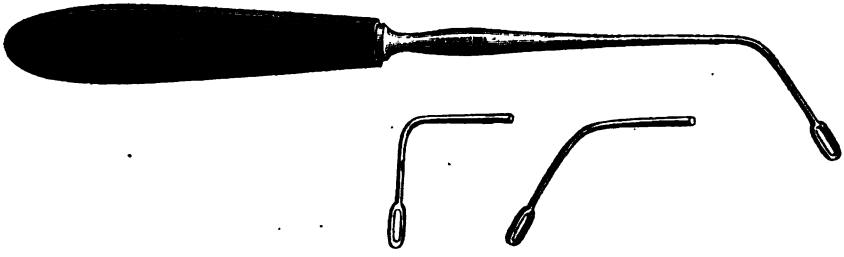
arrière du pavillon, et lâcher tout, rapidement, pour que le son n'arrive pas à l'oreille du sujet dès le début de l'oscillation, ce qui compliquerait l'expérience et en rendrait le résultat confus; un seul passage est nécessaire, il ne faut pas multiplier les excitations. Quand on a trouvé un point d'où le son lancé est toujours perçu, on a la mesure du temps que doit durer l'excitation sonore chez le sujet pour qu'il en ait connaissance.

J'ai trouvé, jusqu'ici, que cette épreuve donne des résultats plus univoques, plus constants, plus faciles à interpréter que les multiples données souvent plus concordante fournies par l'expérience de la montre, du diapason, etc.

M. Ménière présente à la Société, de la part de M. Guye (d'Amsterdam), deux instruments.



(Fig. 2.)



(Fig. 3.)

Le premier est un petit forceps (fig. 2) à deux branches pour l'extraction du corps étranger de l'oreille et du nez;

Le second (fig. 3) est une curette annulaire pour enlever les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.

L'assemblée nomme M. Ménière, Président pour la session d'octobre prochain, et M. Baratoux, membre du Comité.

L'impression du statut-règlement modifié est décidée.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire,
Dr Moura.

État financier de la Société.

Année 1885-1886.

Reçu 63 cotisations.....F.	945	»
Reliquat précédent.....	716	90
	1661	90
Dépenses fin avril 1886.....F.	1065	95
Reste en caisse.....	595	95

Le Trésorier Archiviste,
Dr Ménière.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

De l'extirpation du larynx, par le Dr J. Baratoux.

Après une courte introduction historique, M. Baratoux donne un tableau réunissant les extirpations du larynx qui ont été publiées jusqu'au 19 février 1886, au nombre de 102.

Le tableau indique les noms des opérateurs, la date de l'opération, l'âge et le sexe de l'opéré, la maladie pour laquelle l'extirpation a été pratiquée et les résultats obtenus.

Parmi les 102 cas, il y en a 5 dont on ne connaît pas le mode et le résultat opératoire. Parmi les 97 autres, l'extirpation totale a été pratiquée 83 fois et l'extirpation partielle 14 fois. L'opération a fourni 32 guérisons et 64 morts (1 résultat inconnu).

Mais l'auteur compte comme guéris 5 cancéreux dont les dernières nouvelles dataient de moins de deux mois après l opération.

M. Baratoux ajouté aux chiffres statistiques resultant de sa table, des remarques sur l'indication et le procédé opératoire de l'extirpation du larynx. (*Progrès méd.*, nos 13 et 15, 27 mars et 10 avril 1886.) Dr L. L.

Deux cas d'extirpation du larynx,

Par le Dr Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis à Paris.

Le premier cas concerne un homme âgé de 35 ans et atteint d'un épithélioma pavimenteux du larynx chez lequel M. Péan avait pratiqué l'extirpation de cet organe le 13 février 1886. Le malade parle maintenant avec une canule spéciale.

Dans le second cas il s'agissait d'un homme de 65 ans, dont le larynx était envahi d'un épithélioma lobulé, mais qui après l'extirpation succomba des suites d'une broncho-pneumonie causée par l'introduction de la sonde œsophagienne dans la cavité laissée par le larynx.

Dans les deux opérations M. Péan suivit un procédé qui lui est personnel, le *morcellement*. Après avoir fait sur la ligne médiane une incision s'étendant du menton jusqu'à la canule et comprenant les parties molles jusqu'au cartilage, on coupe le cartilage thyroïde sur le milieu. Puis on détache le périchondre sur ses deux faces et l'on arrache, avec une forte pince, chaque moitié de ce cartilage en un ou plusieurs fragments. Si cela est nécessaire on fait de même pour le cricoïde. Dès que les cartilages ont été enlevés, la paroi antérieure du larynx se trouve mise à nu. On n'a alors qu'à l'exciser sur tous les points où elle est malade. Ceci fait, on a devant soi les parois latérales et postérieures de cet organe et on enlève les parties malades aussi largement qu'il convient. Cela peut être exécuté sans crainte de blesser les vaisseaux et nerfs importants voisins, grâce au périchondre externe conservé. On voit alors l'intérieur du pharynx et de l'œsophage et on contrôle le passage de la sonde œsophagienne introduite par le nez.

L'auteur croit que l'extirpation bien faite, deviendra bientôt inoffensive et modifiera en mieux les statistiques actuellement défavorables de cette opération. (*Gazette méd. de Paris*, no 16, 17 avril 1886.) Dr L. L.

Deux cas de chorée du larynx *(Due casi di corea della laryngе)*, par M. le Prof. Masucci.

Dans ce travail l'auteur expose tout d'abord deux cas de *chorée du larynx* par lui observés et guéris. Il passe ensuite rapidement en revue tous les cas de ce genre observés jusqu'à ce jour. Il conclut que le diagnostic de cette affection n'est pas difficile, que la pathogénèse de cette névrose de l'organe vocal est controversée (*Il semble que la dénomination de chorée fait naître plus facilement l'idée d'une névrose pure du mouvement, opinion de Schrotter, à laquelle se sont ralliés la majorité des observateurs*), que l'emploi des courants continus est le moyen thérapeutique proposé et généralement adopté par tout le monde; pour aider à ce traitement prescrire une médication calmante, les anesthésiques et les toniques. D'après l'auteur, les courants faradiques qu'il a employés chez deux de ses malades ont produit un effet rapide et durable. (*Arch. Ital. di laryngi*, anno V, n° 3 et 4, Naples, 1886.) Dr Cardone.

OREILLES.

Dyscrasie auriculaire fondamentale et surdité d'origine vasculaire (*Basic aural dyscrasia and vascular deafness*), par le Dr Cooper.

Dans ce remarquable et important travail, le docteur R.-S. Cooper, à Londres, fait observer en débutant l'état d'infériorité de la médecine otiatrique. Autant l'inspection en ophthalmologie est suffisante pour arriver au diagnostic, autant elle est insuffisante en maladies d'oreille. Il fait observer qu'il peut exister des altérations considérables des tissus, ainsi que le démontre l'examen ante et post mortem, sans qu'il existe des troubles proportionnés de l'audition.

Il propose de surmonter la difficulté par l'examen de l'état des vaisseaux dans tous les cas de maladie de l'oreille, et fait observer que si cet examen était fait, dans le plus grand nombre des cas, 90 pour cent environ, on trouverait la cause des bruits subjectifs dans l'état des veines et des artères.

Il en conclut que la surdité est précédée d'un état dyscrasique (basic aureal dyscrasia) du système ayant atteint les parois des vaisseaux et amené un défaut de nutrition qui retentit sur les oreilles et amène la surdité. Les parties

constituantes de l'oreille, peau, muqueuse, périoste et vaisseaux peuvent être atteints et produire la maladie de l'oreille. Mais de toutes les parties les vaisseaux jouent le rôle le plus important bien qu'ils aient été jusqu'à présent les moins étudiés.

Suit une liste démontrant la proportion considérable de cas dans lesquels les bourdonnements sont produits par altération vasculaire. L'auteur soutient que ces bourdonnements ne sont pas seulement dus à une anémie, mais surtout à un état inflammatoire de l'organe. De sorte que la majorité des maladies chroniques de l'oreille, accompagnées ou non du symptôme surdité, serait caractérisée par un état inflammatoire des vaisseaux.

Le traitement des otorrhées par les applications locales seules est peu scientifique et nous ne devons pas songer à modifier la surdité par la seule application de substance médicamenteuses sur les parties malades.

Il est une forme de surdité qui mérite l'appellation vasculaire, et qui est due à une irritation lente des vaisseaux sanguins, irritation qui ne peut se produire soudainement, sauf dans la forme aiguë de l'otite. Ce trait caractéristique établit une marque distinctive entre la forme vasculaire et la forme nerveuse. Cette dernière, en effet, se produit tout d'un coup après une grande secousse, et alors même qu'elle se produit graduellement, les symptômes ont des caractères nerveux manifestes et la surdité progresse par sauts et par bonds

La surdité vasculaire s'en va comme elle était venue, progressivement. Avec le temps et la patience, elle est parfaitement curable. L'auteur décrit cette surdité vasculaire comme une variété d'affaiblissement de l'ouïe non accompagnée d'altération visible, ou de destruction des tissus et qui ne relève ni de l'oblitération du conduit auditif externe, ni de l'obstruction de la trompe, ni de l'hyperplasie des parties constituantes de l'oreille moyenne, ni de la paralysie du nerf auditif.

Le trait caractéristique de la surdité vasculaire est une diminution chronique de l'audition, aussi est-elle essentiellement chronique.

M. le Dr Cooper, en terminant son travail, dit être le

premier à avoir donné une explication raisonnable de la manière dont se produit une grande partie des maladies d'oreille et à avoir découvert leur origine incontestablement vasculaire.

Cette analyse ne donne qu'une imparfaite idée de ce remarquable travail dont nous conseillons la lecture in extenso. Il renferme, en effet, des aperçus absolument nouveaux et de fort utiles conseils pour le diagnostic et le traitement. (*Dublin Med. Journ.*, avril à août 1885.) Dr J. CHARAZAC.

Collection liquide non hématique du pavillon de l'oreille,
par le Dr VOITURIER.

Auguste M..., cocher, 34 ans, est porteur d'une tumeur apparue spontanément sur le pavillon de l'oreille. Cette tumeur est fluctuante, elle siège au point où l'anthélix se bifurque pour former la fossette naviculaire. Elle est transparente. On la ponctionne et on retire 4 seringues de Pravaz d'un liquide citrin, on fait ensuite une injection de chlorure de zinc 1/10. Le malade, entré en traitement le 27 novembre 1885, était guéri le 26 décembre.

Cette observation est un exemple de kyste simple du pavillon qu'il ne faut pas confondre avec l'othématome. (*Journ. Sc. Med. de Lille*, 20 janvier 1886.) Dr J. CHARAZAC.

Mobilisateur du tympan (*Movilizador del timpano*),
par le Dr P. VERDOS MAURI.

Cet instrument se compose d'une poire ordinaire de Politzer à laquelle est adapté un tube métallique muni d'un robinet et qui se termine par un tube en caoutchouc et une olive destinée à être introduite dans la narine. Le tube métallique à sa partie moyenne, est croisé à angle droit par un autre tube métallique également muni à ses deux extrémités d'un robinet et de deux tubes en caoutchouc dont l'un a une olive qui s'adapte à l'autre et la ferme hermétiquement. On peut, avec cet appareil, faire des insufflations dans la caisse par la méthode de Politzer, faire des insufflation dans le conduit auditif et exercer ainsi une pression sur le tympan, raréfier l'air du conduit auditif. (*Gaceta Med. Catalana*, 15 novembre 1885). Dr J. CHARAZAC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Barré (E.). — Accident survenu pendant l'ablation d'une amygdale (*Union méd.*, nº 43, 28 mars 1886).

Bourdon. — Adhérence du bord libre du voile du palais et du pharynx (*Soc. de méd. de Nantes*, 7 mai, et *Gaz. méd. de Nantes*, nº 7, 9 mai 1886).

Brœsike. — Un cas de diverticulum de la paroi latérale du pharynx communiquant avec la trompe d'Eustache (*Arch. f. path. Anat. und Phys.*, XCVIII, Heft 2).

Cahn (Clinique Kussmaul). — Des ulcérations du palais dans la fièvre typhoïde (*Berl. Klin. Wochenschr.*, nº 14, 5 avril 1886).

Campana. — Exfoliation épithéliale périodique de la langue chez une jeune fille (*La Salute*, série 3e, fasc. 11 et 12, 1885).

Cluton. — Ulcération tuberculeuse du palais (*Clinical Soc. of London*, 21 mars, et *The British medic. Journ.*, 3 avril 1886).

Cardone. — Deux cas de tumeurs malignes primitives de l'amygdale. Note clinique (*Arch. Internaz. di Lar. Rinol.* etc., fasc. II, 15 avril 1886).

Cormac (Mc). — Tumeur du voile du palais (*Patholog. Soc. of London*, 16 mars, et *The Brit. med. Journ.*, 20 mars 1886).

Delorme. — Restauration des deux tiers antérieurs de la voûte palatine et du nez (*Académie de méd.*, 18 mai, et *Semaine méd.*, nº 20, 19 mars 1886).

Estèves (A.). — Deux cas de phlegmon latéro-pharyngien (*Rivista Argent. de Cienc. med.*, février 1886, nº 2).

Fox (Hingston). — De l'amygdalite et de ses relations avec la fièvre scarlatine et la diphtérie (*Medic. Soc. of London*, 5 avril, et *The Lancet*, 10 avril 1886).

Fraenkel (B.). — Angine lacunaire et diphtéritique (*Berl. Klin. Wochenschr.*, nº 17 et 18; 26 avril et 3 mai 1886).

Galippe (V.). — Mode de formation du tartre et des calculs salivaires; considérations sur la production des calculs en général; présence des microbes ou de leurs germes dans ces concrétions (*Journ. des connaiss. méd.*, nº 13, 1er avril 1886).

Gayraud (E.). — De l'hypertrophie des amygdales chez les enfants (*Gaz. hebd. des Scienc. méd. de Montp.*, 1886, VIII, p. 49-54).

Grand. — Epithélioma de la langue; ablation; mort (*Journ. des Scienc. méd. de Lille*, nº 6, 20 mars 1886).

Graverry. — Epithélioma de la bouche (*Soc. anatom. de Paris*, 23 avril 1886).

Hunt (William). — Epithélioma de la langue : opération radicale nécessitée par une lésion légère en apparence (*The Medic. and Surgic. Reporter*, nº 15, 10 avril 1886).

Jackson (Hughlings). — Paralysie de la moitié droite de la langue, du voile du palais et de la corde vocale droite (*Harvelan Soc.*, 1er avril, et *The Lancet*, 10 avril 1886).

Kilham. — Tumeur maligne de la gorge. Laryngotomie. Pyohémie. Pneumonie. Mort (*Sheffield med.-chir. Soc.* 8 avril, et *The British med. Journ.*, 24 avril 1886).

Kleinschmidt. — Papillome de la luette (*Medic. Soc. of the District of Columbia*, 10 février, et *Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, 6 mars 1886).

Laborde. — Sur un procédé expérimental très simple pour constater, chez le chien, le jeu fonctionnel du voile du palais et de ses piliers dans le second temps de la déglutition, ou temps pharyngien (*Tribune méd.*, 2 mai 1886).

Monod. — Ulcération de la paroi postérieure du pharynx (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 mars, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37, 11 avril 1886).

Negel. — Anosmie, Ageusie, Psoriasis buccal (*Progrès méd.*, n° 17, 24 avril 1886).

Piéchaud (Clinique Lanelongue). — Sur un cas d'angiome de la langue (*Gaz. hebdom. des scienc. méd. de Bordeaux*, n° 20, 16 mai 1886).

Potain. — Tuberculose du poumon, du pharynx et du larynx (*Gazette des hôpit.*, n° 42, 8 avril 1886).

Retterer. — Sur le développement des tonsilles chez les mammifères (*Académie des sciences*, 14 décembre 1885).

Ringuet. — Œdème suraigu de la luette (*Journ. de méd. et de chir.*, mai 1886).

Rolira y Oliver. — L'amygdalite simple et le bicarbonate de soude (*Siglo Med.*, 2 mai 1886).

Rosalino, Rovira y Oliver. — L'amygdalite simple et le bicarbonate de soude (*Gaceta med.*, Catalana, 31 mars 1886).

Sauer. — Le bronze d'aluminium dans la bouche (*Congrès de la Soc. allemande de chirurgie*, tenu à Berlin du 7 ou 10 avril, et *Deutsche med. Ztg*, n° 32, 19 avril 1886).

Schoenborn. — Présentation d'un cas de staplyloplastie (*Congrès de la Soc. allem. de chir.* tenu à Berlin du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg*, n° 32, 19 avril 1886).

Schwimmer. — Contribution à l'étude de la pathologie de la langue (*Wiener med. Wochenschr.*, n°s 8, 9, 10, 1886).

Wassilieff. — D'un mouvement réflexe localisé à une partie de la langue (*Centralbl. f. d. med. Wissenschaft*, n° 12, 1886).

Weinlechner — Ligature de la carotide primitive pour une hémorragie dans un cas d'abcès de l'amygdale (*Wien. med. Blatter*, 31 déc. 1885).

Wolff (I.). — Du traitement des fissures palatines (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd 33, n° 1 et 2).

Wood. — Obstruction de l'orifice naso-pharyngien rétabli par des opérations réitérées faites sur le voile du palais. (Avec trois gravures sur bois) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Allen (Harrison). — De l'examen des fosses nasales avec le doigt et de la dénudation du cornet inférieur dans le traitement du catarrhe nasal chronique (*The Americ. Journ. of the Medic. Scienc.*, avril 1886).

Allen (Harrison). — Des maux de tête qui accompagnent le catarrhe nasal chronique (*Medic. News*, 13 mars 1886).

Aronsohn. — Recherches expérimentales sur la physiologie de l'odorat (*Arch. f. Physiol.* LXXXVI, 3, et 4).

Baber (Creswell). — Hack et d'autres auteurs sur les névroses réflexes d'origine nasale (*The London Medic. Record*, 15 mai 1886).

Baginsky (B.).— Un cas de polype muqueux de l'antre d'Hygmore (*Berliner-med. Gesellschaft*, 10 mars, et *Deutsche mediz. Ztg*, n° 23, 18 mars 1886).

Baumgarten. — Affections de la cloison du nez (*Orvosi hetil Budapest*, 1886, XXX, 35; 63).

Beschorner (O.). — La fièvre des foins et son traitement (Dresden, chez E. Blockmann und Sohn, 1886).

Bosworth. — Fièvre des foins, asthme et autres affections analogues (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 24 avril et 1er mai 1886).

Coën (R.). — Deux cas d'anomalies du langage. Un cas de rhinolalie et un cas de bégaiement (*Soc. des méd. de Vienne*, 2 avril, et *Wien. med. Press*, n° 16, 18 avril 1886).

Coy (Mac). — Notes sur un cas de nécrose du vomer (*The Medic. and Surgic. Reporter*, 3 avril 1886).

Ferrer (Medina).— Polype nasal muqueux guéri par les douches antiseptiques (*Cronica Med. Quir. de la Habana*, n° 4, avril 1886).

Grancher. — Un nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Annal. des mal. de l'oreille*, etc., n° 5, mai 1886).

Griffin (Hanson). — Une dent croissant dans le nez (*The Medic. Record*, 13 mars 1886).

Hack. — Du catarrhe d'automne et de la fièvre des foins (*Deutsche Medic. Wochenschr.*, n° 9, 1886).

Henderson. — Considérations sur le traitement de l'hypertrophie des cornets inférieurs (*St Louis Medic. Surgic. Journ.*, n° 1, 1886).

Hendrix (H. P.). — Des relations qui existent entre les maladies des yeux et celles des fosses nasales (*St Louis Medic. Surgic. Journ.*, n° 1, 1886).

Heymann. — De la correction des déviations de la cloison nasale (*Soc. de med. de Berlin*, 24 mars, et *Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 20, 17 mai 1886.)

Holmes. — De la cocaïne dans le traitement de la fièvre des foins (*Philadelphia Med. Times*, 1er mai 1886).

Hubert. — Des déviations de la cloison et de leur traitement (*Munchener med. Wochenschr.*, n°s 18 et 19, 4 et 11 mai 1886).

Jacobi. — De la chorée partielle et quelquefois généralisée, due aux réflexes naso-pharyngiens (*The Americ. Journ. of the Medic. Scienc.*, avril 1886).

Janowsky (V.). —Du rhinosclérome et du xéroderme pigmenté (Kaposi) (*Wiener med. Presse*, n°s 13, 14 et 17, 1886).

Kaufmann. — De l'importance des cellules olfactives et épithéliales de la région olfactive (*Wien. med. Jahrb.* 1886).

Keimer (Clinique Hack). — Quelques observations d'affections de la bourse pharyngée (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n°s 3 et 4, mars et avril 1886)

Knode. — De l'inflammation spécifique du nez et de la gorge (*St. Louis Medic. et Surgic. Journ.*, n° 1, 1886, II).

Kœnig. — De l'autoplastie des nez affaissés (*Congrès de la Société allemande de chirurgie* du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg.*, n° 32, 19 avril 1886).

Lerat. — Epithélioma polymorphe du dos du nez (*J. de méd. de l'Ouest*, Nantes 1885, XIX, p. 278-281).

Lefferts. — Affections médicales et chirurgicales du nez, des fosses nasales et des sinus accessoires (*In : Encycl. internat. de chir.* Ashhurst, Paris 1886, V, 395-484).

Leroux. — Des tumeurs adénoïdes du pharynx (*Journ. des connaiss. méd.*, nº 13, 1er avril 1886).

Loewenberg. — De l'extirpation des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne avec description d'un nouvel instrument pour cette opération (*Deutsche med. Wochenschr.*, 22 avril, et *Progrès médical*, 22 mai 1886).

Major. — Un cas de catarrhe nasal membraneux (*The N.-Y. Medic. Journ.*, nº 12, 20 mars 1886).

Masucci. — Un cas de kyste de la bourse pharyngienne avec quelques considérations (*Arch. Internaz. di Lar., Rinok.*, etc., fasc. II, 15 avril 1886).

Matthew. — Un cas de rhinolithe (*British Medic. Journ.*, 10 avril 1886).

Mikulicz. — Un cas d'empyème de l'antre d'Hygmore (*Congrès de la Soc. allem. de chirurgie*, tenu à Berlin du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg.* nº 32, 19 avril 1886).

Robinson (Beverley). — Symptômes oculaires reflexes dans les affections nasales (*Practitioner's soc. of New-York*, 5 mars, et *The Medic. Record*, 3 avril 1886).

Roux. — Déviation de la cloison du nez (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève 15 avril 1886).

Ryerson. — Rhinite atrophique, avec remarques sur le catarrhe en général (*Canada-Lancet*, Toronto, 1886-86, XVIII, p. 136-138).

Solis-Cohen. — Des moyens anodins dans le traitement du soi-disant catarrhe naso-pharyngien (*The N.-Y. Medic. Journ.*, nº 14, 3 avril 1886).

Ziem. — De l'importance et du traitement des suppurations des fosses nasales (Suite et fin, *Monatsschr f. Ohrenh.*, nos 3 et 4, mars et avril 1886).

Larynx et Trachée.

Archambault. — Des manifestations laryngées aiguës dans le rhumatisme (*Thèse Paris*, mai 1886).

Arnold. — Cathétérisme du larynx (*Pacific med. and Surg. Journ. San-Franc.* 1886, XXIX, p. 65-72).

Baratoux. — De l'extirpation du larynx (*Progrès méd.*, nos 13 et 15, 27 mars et 10 avril 1886).

Bennet. — Altérations laryngées consécutives à la laryngo-trachéotomie (*Acad. of. med. in Ireland*, 9 avril, et *Brit. medic. Journ.*, 15 mai 1886).

Bertoye (H.). — Aperçu sur les ecchondroses et exostoses du larynx (*Ann. des mal. de l'or.* etc., nº 4, avril 1886).

Broesike. — Un cas de ventricule médian du larynx (*Arch. f. pathol. Anat. und Phys.* XCVIII, Heft 2).

Brown (Dillon), service O'Dwyer. — Cathétérisme du larynx dans quinze cas de croup diphtéritique (*The Medic. Record*, 10 avril 1886).

Champneys (Francis-Henry). — Réflexions pratiques sur la respiration artificielle chez les enfants morts-nés, et dans les cas de mort apparente après la trachéotomie (*The Americ Journ. of the medic. Scienc.*, avril 1886).

Cadet de Gassicourt. — De la laryngite striduleuse grave (*Soc. medico-pratique*, 22 mars, et *Union med.*, n° 53, 17 avril 1886).

Dunning (L.-H.). — Cathétérisme du larynx (*Journ. of the Americ. medic. Assoc.*, 17 avril 1886).

Daremberg et **Verneuil.** — Observation de trachéocèle (*Rev. de Chir.*, 10 mai 1886).

Edes. — Œdème rapide du larynx (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 1886, CXIV, 108).

Fraenkel (B.). — Du carcinome du larynx (Congrès de la Soc. allem. de chirurgie tenu à Berlin, du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg*, n° 32, 19 avril 1886).

Gerster. — Sur l'extirpation unilatérale du larynx (*Ann. of Surg.*, Saint-Louis, III, p. 20-27).

Gleitsmann. — Déplacement du larynx causé par un goître (*The Medic. Record*, 13 mars 1886).

Grandhomme. — Anévrisme de l'aorte thoracique descendante. Accès de dyspnée. Ouverture dans la bronche gauche (*Soc. anatomique de Paris*, 22 janvier, *Progrès med.* n° 13, 27 mars 1886).

Hanson (H.). — Un cas de trachéotomie chez un nouveau-né (*Boston Med. and Surg. J.* 1886, CXIV, 105).

Hischmann. — Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Tuberculose pulmonaire. Tabes dorsalis (*Annal des mal. de l'oreille*, etc., n° 5, mai 1886).

Hofmokl. — Compression de la trachée et de la bronche gauche causée par un anévrysme de l'aorte. Trachéotomie, mort (*Ber. d. K. K. Krankenanst. Rudolphstiftung in Wien*, 1885, p. 353).

Hofmokl. — Sténose de la trachée par suite de compression due à un anévrysme de l'aorte. Trachéotomie quatre semaines après, mort par rupture de l'anévrysme (*ibidem*, p. 351).

Keen (W.). — Modification de la canule à trachéotomie (*Philadelphia Academy of Surgery*, 1er mars, et *Philadelphia Medic Times*, 20 mars 1886).

Labus. — Papillome siégeant au niveau du cinquième cartilage trachéal extirpé par la voie laryngée (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 4, avril 1886).

Laffan. — Laryngotomie ; guérison (*Castel Unron Hospital*, *The Lancet*, 17 avril 1886).

Lange. — Un cas d'extirpation totale du larynx (*Ann. of. Surg.*, Saint-Louis, 1886, III, p. 38-40).

Ledderhose. — Sur un cas de formation d'une laryngocèle du côté droit (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, Bd. XXII, Heft 1 et 2).

Lefèvre (Service Déprès). — Plaie par arme à feu de la poitrine, issue de la balle par le larynx (*Gaz. des hôpit.* n° 53, 6 mai 1886).

Lennox (Browne). — De la voix considérée comme un instrument à cordes (*Brit. Medic. Journal*, 17 avril et 8 mai 1886).

Lovett (Robert). — Analyse de soixante-dix-sept cas de trachéotomie (*The Medic. Record*, n° 14, 3 avril 1886).

Mackern (George). — Trois cas de laryngite œdémateuse occasionnant de la suffocation, traités avec succès par des scarifications endo-laryngées (*The Lancet*, 8 mai 1886).

Mara. — Des syphilides pharyngo-laryngées (*Arch. Internaz. di Laring., Ot.*, etc., fasc. II, 15 avril 1886).

Masini. — De la valeur négative de l'acide lactique dans la cure de la tuberculose laryngée (*Bolletino delle mal. dell Orecchio*, etc., nº 3, 1 mai 1886).

Massei (F.). — De l'érysipèle primitif du larynx (Traduction allemande par V. Meyer. Berlin chez A. Hirschwald, 1886).

Meeres (E.). — La voix considérée comme un instrument à cordes (*British medic. Journ.* 8 mai 1886).

Morton. — Remarques sur la trachéotomie, surtout sur son traitement ultérieur (*Philadelphia Acad. of Surgery*, 5 avril, et *Philad. Medic. Times*, 1er mai 1886).

Newmann. — Deux conférences sur les tumeurs du larynx; leur pathologie, leurs symptômes et leur traitement, avec observations à l'appui (*British Medic. Journ.*, 27 mars 1er et 8 mai 1886).

Œchsner de Connynck. — Système vasculaire des poches laryngiennes des singes (*Soc. de biologie*, 1er mai 1886).

Park. — Un cas d'extirpation totale du larynx (*Ann. of Surg.*, III, 1).

Parker. — Endo-trachéite et endo-bronchite oblitérantes dans la syphilis congénitale (*The British Medic. Journ.*, 8 mai, et *Pathol. Soc. of London*, 4 mai 1886).

Péan. — Deux cas d'extirpation du larynx (*Gazette méd. de Paris*, nº 16, 17 avril 1886).

Rice (Clarence). — Causes extraordinaires de toux (*The medic. Record*, 1er mai 1886).

Richelot. — Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 24 mars, et *Union méd.*, 11 avril et 9 mai 1886).

Roquer Casadesus. — Tuberculose laryngo-pulmonaire à la troisième période (*Rivista di laryng. ot.*, nº 10, Barcelone, 1886).

Schiffers. — Séquestre provenant du cartilage thyroïde (*Soc. méd.-chir. de Liège*, 1 février, et *Scalpel*, nº 40, 4 avril 1886).

Schnitzler. — De la pathologie et la thérapeutique de la syphilis laryngée et pulmonaire (*Wiener med. Presse*, nos 15 et suivants, avril et mai 1886).

Sota (Ramon de la). — Sangsues dans les voies aériennes (*Revista de Medic. y Cirugia practicas*, 22 octobre 1885).

Stocker (George). — De la voix considérée comme un instrument à cordes (*British Medic. Journ.*, 3 avril 1886).

Stockton (F.-O.). — Lupus du larynx (*Chicago Med. Journ. and Exam.* 1886, 74-77).

Subbotic. — Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour un corps étranger (*Allg. Wien. med. Ztg.*, nº 9, 16 mars 1886).

Voltolini. — Opération pratiquée sur une trachée obstruée par une cicatrice; présentation du malade (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, nº 3, mars 1886, et *Breslauer arztl. Zeitschr.*, nº 7, 10 avril 1886).

Waxham. — Cathétérisme du larynx avec l'histoire de plusieurs cas (Chicago, *Gynaecolog. Soc.*, 15 janv. 1886, et *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* nº 12, 20 mars 1886).

Weil (A.). — De la paralysie des dilatateurs de la glotte comme symptôme initial de l'ataxie locomotrice (*Berliner Klin. Wochenschr.*, nº 13, 29 mars 1886).

Oreilles

Ariza. — De l'autophonie; généralités; observations; thérapeutique (*Annales de Otol. y Laringol.*, nos 2 et 3, 1886).

Baginsky (B.). — De l'origine et du trajet central de l'acoustique chez le lapin (Tirage à part de *Sitzungs Berichte d. Berliner Acad. d. Wissenschaften*, 1886, XII, p. 1).

Bates. — Nouvelle opération pour améliorer la surdité permanente (Incisions multiples sur le tympan) (*Rivista di lar. Otol.*, etc., no 10, Barcelone, 1886).

Battamms (Scott). — Sur la meilleure méthode pour enlever les corps étrangers de l'oreille (*The Bristish Medic. Journ.*, 1er mai 1886).

Baumgarten. — Sur la valeur du procédé de Rinne, dans les cas où le diapason est entendu du côté opposé (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, 2 et 3, 7 avril 1886).

Beerwald. — D'un nouvel acoumètre (*Archiv. f. Orenh.*, XXIII, 2 et 3, 7 avril 1886).

Berthold. — Du tympan artificiel et de la possibilité d'employer la membrane hyaline de l'œuf de poule pour la myringoplastie (Wiesbade, chez I. F. Bergmann).

Bing. — Sur des phénomènes de mouvement de la membrane du tympan (*Wien. Med. Blatter*, 22 avril 1886).

Bride. — Du diapason dans le diagnostic des lésions de l'oreille interne (*Brit. Med. Journ.* Londres, 10 avril 1886).

Bride (Mc). — Otite hémorrhagique (*Zeitschr. f. Orenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Bruns (Henry, Dickson). — Des relations qui existent entre les maladies des dents et des oreilles (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4. 30 mars 1886).

Burnett (Swan, M.). — Perte absolue de l'ouïe des deux côtés à la suite des oreillons (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV. 4, 30 mars 1886).

Burnett. — Rapport sur l'otologie (*Philadelphia Medic. Times*, 20 mars 1886).

Canalera (Lope).— Otite moyenne suppurée, nécrose consécutive du limaçon (*Anales de Otol. y Laring.*, no 3, 1886).

Cheatham (W.). — Contributions cliniques otologiques (3 cas) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Dayton (William). — Observations sur l'emploi du peroxyde d'hydrogène dans les otorrhées, etc. (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars. 1886).

Dmitrijew. — Troubles de l'équilibre, par suite des affections de la caisse (*Prot. Kawk. Ob.*, no 9, 1885 (86).

Eitelberg. — Examens comparatifs de l'ouïe à l'aide des diapasons, de la montre et de la voix chuchotée, faits sur cent individus (planche sur bois) (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd., XVI, no 1, 27 avril 1886).

Féré et Seglas. — Contribution à l'étude de quelques variétés morphologiques du pavillon de l'oreille humaine (*Revue d'Anthrop.*, no 1, 2).

Folls (M. S.). — De la coqueluche comme cause de la surdité (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Ferguson. — De l'emploi du sublimé dans l'otorrhée (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Florenzy. — Exostose de l'apophyse mastoïde; opération; guérison (*Paris méd.* n° 14, 3 avril et *Journ. sciences méd. de Lille,* n° 9, 5 mai 1886).

Forbes. — De la surdité et son traitement curatif : avec chapitres sur le vertige, les bruits de la tête et une analyse de 600 cas d'affections de l'oreille et du nez, traitées avec succès par une nouvelle méthode (Londres, 1886 (1885) *Il. Renshaw,* 39 pages in-8°).

Foulerton et Pritchard. — Extractions de corps étrangers de l'oreille (*Bistish Medic. Journ.* 15 mai 1886).

Fulton. — Un cas de surdité hystérique avec remarques (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, n° 4, 30 mars 1886).

Gomez de la Mata. — Maladies du tympan et leur traitement (*Anales de Otol. y Laryng.*, n° 3, 1886).

Gomez de la Mata. — Notes cliniques otologiques (*Anales de Otol. y Laring.* n° 2, 1886).

Gomez de la Mata (F.). — Catarrhe sec de l'oreille moyenne ou sclérose de la caisse (*Gaceta de Oftalmologia Otolog.*, n° 3, mars 1886).

Gramshaw.— Ablation des corps étrangers de l'oreille (*British Medic. Journ.*, 24 avril 1886).

Green (Orne). — Otite moyenne purulente (*Reference Handbook of the Medic. Scien.*, (article Ear.), p. 591-623).

Guerder. — Blessures et maladies des oreilles (*In : Encycl. internat. de chir.* (*Ashhurst*) Paris, 1886, V, 335-393).

Hensen. — Recherche sur la perception des bruits (à propos du travail de E. Brücke sur le même sujet (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, n°s 2 et 3, 7 avril 1886).

Hermet. — Chancre induré de l'oreille (*Annal. de dermat. et de syph.* 1886, VII, n° 2).

Hessler.— Un kyste du pavillon de l'oreille après l'othématome traumatique (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 2 et 3, 7 avril 1886).

Hobbs (A. G.) — Cocaïne en otiatrie (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 30 mars 1886).

Hommel (A.). — La pression sur le tragus comme nouveau et simple moyen thérapeutique en otologie (Zurich, chez Müller, libr. édit.).

Hutchinson (I.). — De la meilleure méthode d'enlever les corps étrangers de l'oreille (*British Medic. Journ.*, 10 avril 1886).

Kiesselbach. — Etude sur le tintement d'oreilles (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 4, 6 avril 1886).

Kipp (Charles). — L'importance du développement de la névrite optique dans l'otite moyenne suppurée (*Zeitsch. f. Ohrenh.* XV, 4, 30 mars 1886).

Knapp. — Extirpation totale d'une exostose éburnée, remplissant tout le conduit (avec une gravure sur bois) (*Zeitsch. f. Ohrenh.* XV, 4, 30 mars 1886).

Kohn. — De l'apparition de l'otite moyenne aiguë pendant la première dentition (*N. Y. med. Presse* 1885, 6, I, 19-21).

Kundrat. — Oblitération osseuse complète du labyrinthe (*Soc. de méd. de Vienne* 9 avril et *Allg. Wien. med. Ztg.* n°s 15, 13 avril 1886).

Lemcke. — Les élèves sourds-muets à Ludwigslust (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.* Bd XVI, n° 1, 27 avril 1886).

Lucae. — Remarques critiques et nouvelles sur les examens au diapason (*Archiv. f. Ohrenh.*, XXIII, 2 et 3, 7 avril 1886).

Michie. — Méningite après les affections de l'oreille (*Aberdeen, Banff and Kincardine Branch*, 17 mars, et *The Brit. Med. Journ.*, 24 avril 1886).

Moos. — Des processus mécaniques dans l'inflammatiun chronique suppurée du tympan chez les tuberculeux (avec 7 figures) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Moure (E. J.). — Vice de conformation de l'oreille externe; imperforation du conduit (*Soc de méd. et de chir. de Bordeaux*, 26 mars, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37, 11 avril 1886).

Neumann (J.). — L'irrigation de la caisse par la trompe dans les cas d'otite moyenne suppurée (*Allgem. Wien. med. Ztg*, n° 15, 13 avril 1886).

Parker (R.). — Un cas de macrostoma congénital et de diformité de l'oreille (*Liverpool M.-Cir.* I. 1886, VI, 1-3, 1 pl.).

Puryesz. — Condylome du conduit auditif externe (*Gyogyaszat*, Budapest 1886, XXVI, 1-3).

Rohrer. — 1° Le procédé de Rinne, sa relation avec la distance auditive et la perception des sons élevés. 2° De la position de l'otiatrie dans la science médicale moderne (Zurich, chez Meyer et Zeller).

Roosa et **Emerson.** — Un cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne et interne (panotite) suivi de paralysie faciale, de nécrose et d'élimination de tout le rocher, du temporal et de l'anneau tympanique. Guérison (*Zeitschr. f. Ohrenh.* XV, 4, 30 mars 1886).

Roosa. — De l'abus du procédé de Politzer dans le traitement des maladies de l'oreille (*N. Y. méd. Presse*, 1885-6, I, 1).

Seligmann. — De la formation de kystes dans le pavillon de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Sexton (Samuel). — Hallucinations auriculaires (*Practitioner's Soc. of New-York*, 5 mars. *The Medic. Record*, 3 avril 1886).

Steinbrügge. — Rapport sur l'autopsie des organes de l'ouïe provenant d'un malade mort de méningite cérébro-spinale (*Zeitschr. f. Ohrenh.* XV, 4, 30 mars 1886).

Stepanow (E. M.). — Contribution à l'étude de la fonction du limaçon (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 4, avril 1886).

Tangeman. — Considérations préliminaires sur l'emploi d'un nouveau tympan artificiel (*Medic. News*, n° 12, 20 mars 1886).

Todd. — Fistule dans la cavité mastoïde (*St. Louis Cour. Méd.* 1886, XV, page 13-16).

Weill (E.). — Des vertiges (Paris, chez Baillière et fils, 1886, 120 pages).

Verdos (P.). — Les otorrhées consécutives aux fièvres éruptives des enfants doivent-elles être toujours soignées? (*Arch. de méd. y cirugia de los niños*, n° 15, 31 mars 1886).

Verdos Mauri. — Mobilisateur du tympan (*Gaceta Med. Catalana*, 15 novembre 1885 et *Gazeta de oftalmolog. Otolog.* n°3, mars 1886).

Verdos. — Clinique otologique (*Rivista di laring., Otol.* etc., n° 10. Barcelone 1886).

Vierordt. — Procédé pour mesurer l'intensité des signes acoustiques chez l'homme (*Tagebl. de Versamml. deutsch Naturf. u. Aerzte*, Strassburg 1885, p. 65).

Wilson. — Observations cliniques (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, XV, 4, 30 mars 1886).

Croup et Diphtérie.

Almquist. — Sur le mode de propagation de la diphtérie et du croup (Gottenburg, in-8°).

Armond. — Croup membraneux (*The Medic. and Surgic. Reporter*, n° 15, 10 avril 1886).

Blœbaum. — Traitement de la diphtérie par la galvanocaustie (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 37, 6 mai 1886).

Blumberg (P.). — Du traitement chirurgical de l'amygdalite contagieuse (diphtérie épidémique) et surtout du traitement ultérieur de la trachéotomie par l'acide salicylique (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 22 Bd, Heft 5 et 6).

Bokai. — Des inflammations des articulations dans la diphtérie (*Soc. des méd. de Budapest*, 10 avril 1886).

Bouchard. — Diphtérie ; traitement par les fumigations antiseptiques ; mort (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 47, 20 avril 1886).

Burckmann. — De la diphtérie (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 23, 18 mars 1886).

Cadet de Gassicourt. — Traitement du croup, suivant la méthode du docteur Delthil (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 14 mai, et *Semaine médicale*, n° 20, 19 mai 1886).

Davies. — Remarques sur la diphtérie (*The Lancet*, 10 avril 1886).

Engelmann. — De l'action antiseptique de l'acide acétique et de son emploi dans le traitement de la diphtérie (*Centralbl. f. Klin. med.*, n° 14, 3 av. 1886)

Hesse. — Des précautions et des contre-indications de l'emploi du brome dans la diphtérie (*Deutsche Arch. f. Klin. med.*, XXXVIII, 4 et 5).

Heubner. — De la diphtérie dans la fièvre scarlatine (*Medic. Gesellschaft zu* Leipzig, 26 janvier, et *Münchener med. Wochenschr.*, n° 9, 2 mars 1886).

Heyder. — De la thérapeutique de la diphtérie pharyngée (*Centralbl. f. Klin. Medicin*, 20 mars 1886).

Hofmokl. — Du traitement de la diphtérie par le peroxyde d'hydrogène (*Wien. med. Presse*, n°s 18 et 19, 2 et 9 mai 1886).

Moser. — De la diphtérie et de son traitement homéopathique. Un mot d'enseignement pour tous les parents (2e édit., *Hagen i. W.*, 1886, chez H. Pisel et Comp., 48 pages, 16°).

Noeldechen. — De la diphtérie (*Deutsche med. Ztg*, n°s 33 et suivants, avril et mai 1886).

Northrup. — Diphtérie, croup [méthode de O'Dwyer's], guérison (*The N.-Y. medic. Journ.*, 3 avril 1886).

Obtutowicz. — De la diphtérie, surtout au point de vue étiologique et pathogénique (*Prz. lek.*, n°s 7 et suivants).

Ofner. — Du traitement de la diphtérie avec le baume du Pérou et l'essence de térébenthine (*Centralb. f. die gesammte Therapie*, n° 9, 1885).

Rosenmeyer. — Des troubles de vue d'origine diphtéritique (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 14, 3 avril 1886).

Sacchi. — Cinq cas de trachéotomie pour des croups (*La salute*, fasc. XI et XII, 1885).

Smith (Samuel). — Diphtérie et son traitement (*The med. Rec.*, 27 mars 1886).

Wassiljew. — Un cas de bégaiement guéri par une amygdalite diphtéritique (*Russ. med.*, n° 11, 1886).

Varia.

Anderson. — Rétrécissement de l'œsophage (*South. Clinic. Richmond* 1886, IX, p. 19).

Arkovy (J.). — Diagnostic des maladies des dents et des affections maxillaires dues à des maux de dents, avec appendice sur le diagnostic différentiel entre les maladies des dents, des yeux et des oreilles (*Budapest*) ?

Barlow. — De la nature de la coqueluche, description d'une nouvelle méthode de traitement préconisée par le prof. Moncorvo de Rio-de-Janeiro (*The Lancet*, 8 mai et suivants, 1886).

Bartholow. — Goître exophtalmique. Dyspepsie. Atrophie musculaire progressive. Diarrhée chronique (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.* n° 15, 10 avril 1886).

Biondi. — Contribution à l'étude du bec-de-lièvre (*Congrès de la soc. allem. de chir.* tenu à Berlin du 7 au 10 avril, et *Deutsche med. Ztg* n° 31, 15 avril 1886).

Bloc. — D'une variété nouvelle de kystes du cou (kyste crico-thyroïdien) (*Gazette méd. de Paris*, n°s 12, 13, 16, 20 et 27 mars, 17 avril 1886).

Bosworth (F. H.). — Note additionnelle sur l'action thérapeutique de la cocaïne (*The N. Y. Medic. Journ.*, n° 12, 20 mars 1886).

Bull. — 1° Corps étranger de l'œsophage. Mort par suite de la perforation. due à des efforts pour l'extraire ; 2° Deux cas d'extraction de fausses dents de l'œsophage, suivies de succès (*N. Y. Surgic. Soc.*, 23 février, et *Medic. News*, n° 12, 20 mars 1886).

Dubar. — Tumeur de la région parotidienne (*Bullet. méd. du Nord*, n° 3, mars 1886).

Fraenkel (E.). — De la tuberculose de la glande thyroïde (*Virchow's Archiv.*, CIII, 1).

Garrigou (F.). — Les sources sulfurées et les inhalations (*Rev. méd. d'hydrol. et de climatol.*, n° 8, 25 avril 1886).

Grandhomme. — Cancer de l'œsophage. Perforation de l'aorte (*Soc. anatomique de Paris*, 22 janvier, et *Progrès med.*, n° 13, 27 mars 1886).

Gross et Vautrain. — Epithélioma de la région sous-maxillaire. Extirpation avec résection partielle du maxillaire inférieur. Guérison (*Revue méd. de l'Est*, n° 6, 15 mars 1886).

Gross et Vautrain. — Kyste congénital du cou. Traitement palliatif par les ponctions capillaires (*Revue méd. de l'Est*, n° 8, 15 avril 1886).

Hardy. — Rétrécissement de l'œsophage (*Gazette des hôpitaux*, n° 58, 18 mai 1886).

Henry (M. H.). — Revue sur la vie de Louis Elsberg M. D. et sur l'avancement de nos connaissances en affections de la gorge, durant sa carrière professionnelle (*N. Y. Med. Journ.*, 1885, p. 621-623).

Kobler. — Un cas de sarcome de la glande thyroïde avec hémorrhagies cérébrales multiples (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 10, 6 mars 1886).

Koerner. — Dysphagie dans les affections des glandes bronchiques avec remarques sur une cause mécanique du carcinome de l'œsophage (*D. Arch. f. Klin. Med.*, Band 37).

Longuet. — Des varices de l'œsophage dans les troubles de la circulation porte (*Union méd.*, nos 66 et 67, mai 1886).

Mikulicz. — Contribution à l'étude de l'opération du goître (*Wiener med. Wochenschr.*, nos 1, 2, 3 et 4 janvier 1886).

Mader. — Carcinome de l'œsophage; emploi du tuyau pour l'estomac comme instrument explorateur (*Bericht d. K. K. Krankenaust. Rudolphstiftung in Wien* 1885, p. 311).

Markoe. — Œsophagotomie pour des corps étrangers placés dans ce canal (*The N. Y. Medic. Journ.*, 1 mai 1886).

Maydl (C.). — Du pronostic de l'hémiplégie après la ligature de la carotide (*Allg. Wien. med. Ztg*, nos 17 et 18, 25 avril et 4 mai 1886).

Moore (N.). — Carcinome primitif de la glande thyroïde (*Pathol. Soc. of London*, 4 mai, *The British Medic. Journ.*, 8 mai 1886).

Moure (E. J.) — Présentation d'instruments (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 5 mars, et *Journal de méd. de Bordeaux*, n° 35, 28 mars 1886).

Ollive. — Anomalie de la carotide (*Soc. anatom. de Nantes*, 24 mars, et *Gaz. méd. de Nantes*, 9 avril 1886).

Pablo Patrou. — Tumeur fibreuse de la parotide (*La Cronica med.*, n° 25, janvier 1886, Lima).

Paquet. — Sarcome de la parotide (*Bullet. méd. du Nord*, n° 3, mars 1886).

Périer. — Chondrome parotidien faisant saillie dans le pharynx (*Soc. de chir. de Paris*, 5 mai 1886).

Poehl. — Remarques sur des médicaments nouveaux (*Petersburger med. Wochenschr.*, nos 17 et 18, 26 avril et 3 mai 1886).

Prewitt. — Thyroïdectomie (*St. Louis Cour. Med.*, 1886, XV, p. 76-78).

Sarda (G.). — Des migraines (Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, édit. Paris, 1886).

Squire (Ed.). — Goitre exophtalmique et autres cas de développement de la glande thyroïde (*The Lancet*, 8 mars 1886).

Symonds. — Un cas d'excision de la glande thyroïde avec remarques (*The Lancet*, 1 mai 1886).

Thierry. — Contribution à l'étude des indications de la thyroïdectomie et des injections interstitielles isolées dans le goître parenchymateux (*Thèse de Paris*, 15 avril 1886).

Trombetta. — Extirpation totale du goître et cachexie des strumiprives (*Soc. italienne de chirurgie* tenue à Rome, du 19 au 21 avril, *Semaine méd.*, n° 17, 28 avril 1886).

Weinlechner. — Rétrécissement de l'œsophage (*Wien. med. Blätter*, n° 10, 1886).

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

CRISES ÉPILEPTIFORMES PROVOQUÉES PAR UNE OTITE MOYENNE CHRONIQUE SIMPLE (1)

par le Dr Jules Roquet, médecin.

Tous les médecins qui s'occupent de maladies de l'oreille savent combien le vertige est fréquent, dans le cours de cette affection chronique de la caisse (processus adhésifs de Politzer), dont on a décrit plusieurs formes, la *catarrhale*, la *plastique* ou *exsudative* et la *sclérémateuse*. Ce vertige, qui va depuis le simple étourdissement jusqu'à la chute brusque, instantanée, en passant par une foule d'états intermédiaires, et en s'accompagnant quelquefois de vomissements, peut se montrer, dès le début de l'affection et en dehors de toute complication labyrinthique. Il offre un signe presque constant, bien connu du reste, sur lequel j'insiste ici à dessein; les malades, dans la plupart des cas, et même quand ils tombent, ne perdent pas connaissance; ils se rendent parfaitement compte de ce qu'ils éprouvent, et peuvent décrire au médecin qui les interroge, avec des détails circonstanciés, tous les phénomènes de l'accès.

Bon nombre de théories ont été émises pour expliquer la production de ces accidents. Les passer toutes en revue m'entraînerait un peu loin de mon sujet. Au reste, les expériences de Flourens, de Brown-Séquard, de Vulpian, d'Harless, de Czermack, les beaux travaux de Ménière, les théories de Goltz, de Brown-Séquard, de Lœwemberg, de Giovanni Longhi, de Lucæ et de Bride, le mémoire de Guye sont assez connus pour qu'il me soit permis d'en faire simplement mention. En somme, ce qu'il est très important de bien spécifier c'est que toujours, dans les cas où le labyrinthe n'offre pas de lésions concomitantes, le vertige reconnaît la même cause : une augmentation

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 30 avril 1886.

de la pression intra-labyrinthique, due à un enfoncement exagéré de l'étrier. Je n'insiste pas non plus sur la démonstration de cette assertion, qui me paraît dûment établie et que les résultats du traitement viennent confirmer. Ne voyons-nous pas, en effet, le cathétérisme de la trompe, avec insufflation d'air, faire disparaître les phénomènes vertigineux, quand il est pratiqué à des intervalles réguliers, pendant un temps suffisamment long. Je pourrais, pour mon compte, citer un grand nombre de cas, où j'ai réussi, de cette façon, à guérir définitivement des malades incommodés par des accès fréquents et très intenses.

Si le vertige se montre souvent, dans le cours des processus adhésifs de l'oreille moyenne, il ne paraît pas en être de même des crises épileptiformes. La plupart des traités classiques qu'il m'a été donné de parcourir ne les signalent pas. Toynbee, Duplay, Miot, Bonnafont, de Trœltsch, Urbantschitsch, Ladreit de Lacharrière, Guerder, Politzer n'en font pas mention, et M. Gellé (1) dit à la page 381 de son *Précis :* « les convulsions épileptiformes *ab aure læsâ* ne s'observent guère, dans l'otite moyenne chronique simple. »

L'épilepsie se rencontrerait plutôt avec les affections du conduit (corps étrangers (2), acares chez les animaux (3) et les affections suppurées de la caisse. M. Gellé (loc. cit., p. 553) dit que des attaques épileptiformes ont été observées chez les individus atteints d'otorrhée chronique. Schwartze, Kœppe, Moos et Jackson, d'après Urbantschitsch (4), auraient vu des cas de ce genre.

Mes recherches bibliographiques n'ont peut-être pas été assez complètes. Je suis persuadé, en effet, que des

(1) Gellé, *Précis des maladies de l'oreille*, Paris, 1885.

(2) Voir à ce sujet Von Trœltsch, *Les maladies de l'oreille chez l'enfant*. Trad. fr. par le docteur Ch. Delstanche. Bruxelles, 1882, p. 213.

(3) Mégnin, *Epilepsie contagieuse parasitaire chez le chien* (Soc. de biologie, année 1881, t. XXXIII, séance du 5 février).

(4) Urbantschitsch, *Traité des maladies de l'oreille*, traduit et annoté par le docteur R. Calmettes. Paris 1881, p. 340.

accidents analogues à ceux dont je vais parler doivent se rencontrer quelquefois. M. Boucheron les a d'ailleurs décrits, dans la note qu'il a présentée, l'année dernière, à l'Académie des sciences (1). Le catarrhe naso-tubaire de causes variables, produisant l'obstruction de la trompe, le vide aérien dans la caisse, et, consécutivement, des crises épileptiformes par compression intra-auriculaire, est, en somme, bien voisin de l'otite moyenne chronique simple.

En ce qui me concerne, je n'ai, avec cette dernière affection, rencontré qu'une seule fois les crises épileptiformes, tandis qu'il m'a été donné d'observer, très souvent, le vertige à tous ses degrés. Cette différence m'a frappé, et j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de vous relater le cas suivant :

Observation. — M. R..., âgé de 41 ans, vient me voir le 20 décembre 1885, non pas tant pour me consulter que pour me faire part de ses malheurs. Il m'a connu autrefois, dans mon pays natal, et ayant su que j'habitais Lille, où il est lui-même, depuis un certain temps, il a tenu à me faire visite.

M. R... est un homme vigoureux, de tempérameut sanguin. Il me raconte qu'il est épileptique, depuis le mois de septembre 1884. Il a été, à cette époque, pris d'accès fréquents, qui l'ont fait renvoyer d'une grande administration où il était employé. Le médecin de l'administration l'a vu, pendant un de ces accès, a porté le diagnostic *épilepsie* et l'a déclaré incurable. Il a, du reste, pris du bromure de potassium, à haute dose, pendant un certain laps de temps, et sans aucun succès. Les accès ont continué à revenir, fréquemment, aussi bien le jour que la nuit, en laissant, dans leur intervalle, une sensation bizarre de la tête, une sorte d'étourdissement à peu près permanent. Le malheureux, persuadé qu'il n'y a rien à faire, est presque résigné à son triste sort.

(1) Boucheron, *Epilepsie d'origine auriculaire; contribution à l'étude de l'otopiésis*. (Académie des sciences, séance du 6 juillet 1885.)

M. R... n'a pas d'antécédents héréditaires, et il avait toujours joui d'une santé florissante, jusqu'au jour où les accès se sont déclarés. Il n'a pas eu la syphilis, et ne présente, du reste, aucun symptôme de cette diathèse. Il n'est pas alcoolique.

Le premier accès est survenu, sans cause connue. Instantanément, pendant son travail, et sans avoir, au préalable, rien éprouvé de particulier, M. R... est tombé. Il a perdu connaissance et n'est revenu à lui qu'une demi-heure après, dans son lit, où on l'avait transporté. Il n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé, pendant ce laps de temps. Seulement ses camarades lui ont dit qu'il avait tout d'abord remué les bras et les jambes, fait des grimaces épouvantables, roulé les yeux, et qu'il était ensuite devenu complètement inerte. De l'écume sanguinolente était sortie de sa bouche, et il put constater qu'une morsure assez longue existait, sur la face inférieure de sa langue, près de la pointe. Deux jours après, il eut un nouvel accès, semblable au premier, et la situation devint telle qu'en moyenne il tombait deux fois par semaine. Les crises nocturnes étaient aussi assez fréquentes. M. R... les aurait ignorées, si sa femme, réveillée par les mouvements désordonnés auxquels il se livrait, ne les avait constatées Cependant, les morsures de sa langue indiquaient à M. R... ce qui s'était passé, et, précisément, il put me montrer, le jour où il vint me voir, une morsure datant de la nuit précédente, longue de 2 centimètres environ. Cette morsure était située, sur la face inférieure de la langue, non loin du bord gauche, auquel elle était parallèle; elle commençait à une petite distance de la pointe. Evidemment, l'ensemble de ces symptômes imposait le diagnostic épilepsie. Mais quelle était la cause de cette épilepsie?

L'épilepsie dite essentielle se développant rarement après 30 ans, et le sujet n'ayant pas d'antécédents héréditaires, l'épithète de *réflexe* venait facilement à l'esprit. Je songeai immédiatement à l'oreille, mon attention étant, depuis longtemps, attirée sur les accidents vertigineux et les chutes brusques que peuvent provoquer les affections de cet organe.

M. R... prétendait avoir une excellente ouïe, et, de fait, il ne paraissait pas sourd. De plus, il disait ne jamais avoir entendu, dans l'oreille, ni bourdonnements, ni sifflements, ni aucun bruit analogue, même au moment des accès.

Néanmoins, je voulus examiner ses oreilles, et bien m'en prit. L'oreille gauche entendait d'une façon normale, mais l'acuité auditive était manifestement diminuée du côté droit. Le tic-tac de la montre n'était perçu qu'à une distance maxima de 0 mèt. 20, et la voix moyenne n'était plus entendue au delà de 2 mèt. 50 (tic-tac de la montre = 0,20, voix moyenne = 2,50). La perception crânienne, pour le son de la montre, n'indiquait rien de particulier. Elle était sensiblement la même, sur tous les points du crâne. Quant au diapason *la*[3], placé sur le vertex, il était *peut-être* mieux entendu par l'oreille droite. Je dis *peut-être* parce que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres analogues, le malade n'était pas absolument certain de la sensation qu'il éprouvait.

Toute la portion sus-apophysaire du tympan droit était rouge, injectée; l'injection se prolongeait le long du manche du marteau qui était vu en raccourci. L'apophyse externe était très saillante. Le reste du tympan était uniformément gris, dépoli; le triangle lumineux avait disparu.

La raréfaction de l'air, dans le conduit, indiquait que le tympan était assez mobile. On voyait, en effet, pendant l'aspiration, la membrane tout entière se déplacer au dehors, pour reprendre sa position primitive, dès qu'on cessait la manœuvre. Le tympan gauche présentait un aspect normal.

La muqueuse du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales était rouge, modérément gonflée, dans toute son étendue. Il existait là un peu de catarrhe chronique, en rapport avec les habitudes du malade, qui fumait un nombre considérable de pipes tous les jours. Les pavillons des trompes n'offraient aucune lésion. Quant à la muqueuse des fosses nasales, elle n'était nullement hypertrophiée; la respiration par le nez était facile.

L'épreuve des pressions centripètes semblait démontrer

que l'étrier était immobilisé dans la fenêtre ovale. Le cathétérisme avec insufflation d'air indiquait que la trompe était un peu engouée par des mucosités. Les premières insufflations produisirent, en effet, des sibilances, des gargouillements lointains; puis, bientôt, l'air arrivant dans la caisse, à plein canal, refoula la membrane tympanique, en donnant lieu à un bruit de claquement caractéristique, accompagné d'un souffle assez doux.

Je pus, après le cathétérisme, constater que l'audition à droite était redevenue normale. Le tic-tac de la montre était maintenant entendu à 4 mètres, comme du côté gauche (je me sers d'une montre à tic-tac bruyant), et la voix, même assez basse, d'un bout de la pièce à l'autre, c'est-à-dire, à 5 mètres environ. Il me fut aussi facile de voir que la concavité de la membrane tympanique avait notablement diminué. Le cathétérisme eut un résultat immédiat. M. R... se sentit complétement débarrassé de la sensation d'étourdissement qu'il éprouvait d'une façon presque continue.

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur le diagnostic, après les détails dans lesquels je suis entré, et je pense pouvoir dire, sans crainte de me tromper, que le malade était atteint d'*otite moyenne chronique simple*, à droite.

Je lui recommandai de ne plus fumer, lui conseillai des pulvérisations dans les fosses nasales et le pharynx, avec une solution d'acide borique, et l'engageai à revenir me voir, à intervalles réguliers, pendant un certain temps. Le malade n'étant libre que tous les huits jours, je fus obligé de laisser cet espace entre chaque cathétérisme. Je considérai le pronostic de l'affection de l'oreille comme très favorable. Le traitement devait, selon moi, donner un résultat stable, en deux ou trois mois. J'espérais aussi voir disparaître les crises épileptiformes.

Quand M. R... revint chez moi, huit jours plus tard, j'eus la satisfaction d'apprendre qu'aucun accès ne s'était montré, durant cet intervalle, et que la sensation d'étourdissement n'avait plus reparu. L'audition n'avait que très peu baissé, depuis la dernière séance (Tic-tac de la montre = 3 m. ;

voix moyenne, presque basse = 5 m.). Le tympan était moins concave que la première fois.

Je pratiquai, à nouveau, la raréfaction de l'air dans le conduit, et le cathétérisme, en insufflant, cette fois, des vapeurs d'une décoction d'espèces aromatiques et quelques gouttes chaudes d'une solution aqueuse d'iodure de potassium (2 gr. 00 pour 30 gr. 00 d'eau).

Le traitement fut régulièrement appliqué, de la même façon, pendant six semaines. Sous cette influence, l'acuité auditive resta normale, et les crises épileptiformes disparurent complètement. La membrane du tympan conservait toujours la même coloration, mais était manifestement moins concave.

M. R..., se croyant guéri, cessa de venir me voir, malgré mes conseils, et ce fut un nouvel accès qui me le ramena, trois semaines plus tard. Il était tombé la veille, sur le nez, qui était fortement excorié, avait perdu connaissance, pendant 3/4 d'heure environ, et s'était mordu la langue. Il présentait, en effet, une morsure analogue à celle que j'avais déjà vue autrefois. L'audition avait sensiblement dimiminué (Tic-tac de la montre = 0,40; voix moyenne = 3^m,50), et la concavité de la membrane tympanique avait réaugmenté.

Le traitement fut repris comme antérieurement, et les crises disparurent à nouveau, en même temps que l'acuité auditive redevenait bonne.

J'ai revu le malade, il y quelques jours; sa guérison semble définitive. Je crois néanmoins prudent de lui faire encore, de temps en temps, des insufflations d'air et de vapeurs dans la caisse.

J'ajouterai, pour être complet, et pour éliminer les autres causes réflexes des crises épileptiformes, que M. R... ne laissait pas aller d'anneaux de tœnia et qu'il n'avait pas, un vermifuge l'a prouvé, d'ascarides lombricoïdes.

Réflexions. — Voilà un malade déclaré épileptique, qui, pour cette raison, perd son emploi et est tourmenté, pendant plus d'un an, par des accès fréquents. Il est atteint d'une affection de l'oreille qu'il ignore, et, du

reste, aucun symptôme bien apparent n'attire l'attention de ce côté. Je constate la pression exagérée qu'exerce la chaîne des osselets sur le liquide labyrinthique et, par suite, sur le nerf acoustique. Cette pression, l'aspiration de la membrane tympanique et le cathétérisme avec insufflation d'air réussissent à la diminuer; immédiatement les crises disparaissent. Elles reviennent une seule fois, parce que le malade ayant négligé le traitement, le marteau, ainsi que le fait constater l'examen, et l'étrier, par conséquent, se sont de nouveau déplacés en dedans. Enfin, ces crises cessent complètement, dès que le refoulement en sens inverse a pu être opéré.

Ce fait me semble nettement démontrer que des accès épileptiformes peuvent être provoqués par la compression des filets nerveux, plongés dans le liquide labyrinthique. L'excitation de ces filets est transmise au bulbe, par voie réflexe, et produit ainsi les diverses phases de l'épilepsie : convulsions tétaniques du système musculaire animal, contraction des vaisseaux de la pie-mère et de la face, convulsions cloniques amenées par la cessation du spasme vasculaire et par l'asphyxie résultant du tétanisme des muscles respiratoires, coma dû à l'épuisement de la force nerveuse. Comme l'indique M. Boucheron (1), cette épilepsie auriculaire est absolument comparable à celle que Brown-Séquard fait naître en excitant le trijumeau, par exemple.

Reste à expliquer pourquoi l'augmentation de pression du liquide intra-labyrinthique ne provoque, le plus souvent, que du vertige ou des chutes sans perte de connaissance et sans convulsions. Ne pourrait-on, dans ces cas si fréquents, admettre, en se basant sur les expériences de Flourens, que la compression est relativement faible et que, par conséquent, l'irritation reste limitée aux nerfs du vestibule et des ampoules, sans se propager jusqu'au bulbe? Si la compression augmente, arrive à son

(1) Boucheron, *loc. cit.*

maximum, alors cette propagation a lieu, et les attaques épileptiformes se montrent. Je rappellerai que M. R... éprouvait, entre ses crises, une sorte d'étourdissement permanent, dû évidemment à une compression moindre. Cette constatation est, en somme, favorable à l'interprétation que je viens d'émettre.

L'engouement de la trompe, dans les cas analogues à celui que je viens de décrire, peut varier d'un instant à l'autre et être plus ou moins prononcé. Quand il l'est moins, l'air arrive plus facilement dans la caisse, et la chaîne des osselets ne presse plus autant sur le liquide labyrinthique. Il est permis, je pense, de songer à cet élément, pour expliquer, en partie, l'intermittence des attaques épileptiformes. A la rigueur, il serait aussi permis de faire entrer en cause l'élasticité de la membrane de la fenêtre ronde. Si la membrane a perdu de son élasticité, elle se déplace moins en dehors, sous l'influence de la poussée du liquide labyrinthique, refoulé au niveau de la fenêtre ovale, et la compression des filets nerveux se trouve augmentée par le fait même.

Mais je n'attache pas une énorme importance à toutes ces hypothèses. Je tiens, surtout, à insister sur un point particulier, que cette observation met bien, je crois, en relief. Il conviendrait d'examiner les oreilles de tous les malades présentant des accès vertigineux ou des crises épileptiformes, même quand ces malades prétendent qu'ils n'éprouvent, du côté de l'organe auditif, aucun symptôme gênant.

DE L'HÉMIATROPHIE DE LA LANGUE (1)

par le Dr **SCHIFFERS** (de Liège).

L'hémiatrophie de la langue est un accident morbide qui se rencontre rarement et dont la valeur séméiologique n'a pas été complètement élucidée jusqu'à ce jour.

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 29 avril 1886.

La littérature médicale n'est pas riche sous ce rapport; l'histoire du cas que nous avons eu l'occasion d'observer dans le courant de l'année dernière, et dont nous donnons plus bas la relation, contribuera peut-être à faire connaître l'importance de ce signe au point de vue du diagnostic. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet arrivent à peu près tous à la même conclusion, à savoir que l'hémiatrophie de la langue doit toujours éveiller l'idée d'ataxie locomotrice; ce n'est pas ce que nous avons constaté chez notre malade.

Dans notre observation, il s'agit d'un jeune homme, P... V... de M..., âgé de vingt-deux ans, industriel, qui est venu nous consulter pour une toux persistante contre laquelle différentes médications avaient été employées sans résultat. Quoiqu'il n'eût jamais été forcé de garder le lit ou d'abandonner ses affaires à cause de ce symptôme, le malade et surtout sa famille commençaient à s'inquiéter.

Rien dans l'habitus du sujet ne permettait de soupçonner une affection grave de la poitrine. En effet, le jeune homme était d'une force au-dessus de la moyenne, bien musclé, d'une stature élevée, d'un tempérament nerveux, et il paraissait présenter une grande résistance vitale. Le teint était coloré, de même que les muqueuses, le pouls à 72, résistant, régulier, égal, la peau d'une température normale, ayant conservé toute son élasticité.

L'expectoration était rare, muqueuse, et avait toujours présenté ces caractères. Toutes les sécrétions étaient normales ; les fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement et l'appétit était généralement vif. Le malade n'était pas sujet à la fatigue; il se livrait avec plaisir à différents exercices de corps et n'en avait jamais retiré que du bien-être. De temps à autre, il accusait une céphalalgie frontale qu'il attribuait à la toux, parce qu'elle survenait ordinairement à la suite de quintes un peu intenses. Celles-ci se montraient souvent la nuit et em-

pèchaient le sommeil. Mais c'était là le symptôme qui dominait toute la scène; il attirait seul l'attention du malade, qui parut même quelque peu étonné de l'interrogatoire et de l'examen minutieux, auquel nous dûmes le soumettre, pour chercher à nous rendre compte des signes que nous constatâmes chez lui. Dans les antécédents morbides, nous relevâmes une rougeole, une scarlatine et une fièvre muqueuse contractées dans la première et la seconde enfances.

A part cela, le sujet s'était toujours bien porté; malgré l'appel que nous fîmes à ses souvenirs, il ne put rien nous apprendre d'autre, si ce n'est cependant un accident auquel il n'attachait nulle importance, et que nous ne connûmes que plus tard. Cet accident « léger », comme notre malade le caractérisait, était survenu dix ans auparavant (en 1875), alors qu'il s'amusait dans un jardin avec son frère à manier un révolver. Par une maladresse ou une imprudence, comme il en arrive souvent dans ces sortes de jeux, son compagnon, en pressant la détente de l'arme qu'il ne croyait pas chargée, laissa partir une balle de révolver du calibre de 6^{mm} de diamètre, qui alla atteindre notre jeune homme à la région occipitale. Il avait conservé le souvenir de l'endroit précis où la balle était entrée, et il nous fit immédiatement toucher du doigt la place de la cicatrice survenue consécutivement. La balle avait été extraite, nous dit-il, très facilement (deux jours après l'accident) et la guérison du traumatisme aurait été des plus aisées et des plus promptes. Il n'avait ressenti aucun inconvénient sérieux de sa blessure, si ce n'est une diminution de l'audition à droite, qui disparut, du reste, complètement après quelques semaines. Il avait employé entre temps des inhalations et des fumigations par le nez, et des révulsifs avaient été appliqués autour de l'oreille malade.

Tel est, en résumé, ce que nous apprit notre malade et ce que nous constatâmes avant de procéder à l'examen méthodique des organes pour rechercher la cause de la

toux. Nous ajouterons que nous ne relevâmes rien de particulier comme antécédents morbides héréditaires. La mère du jeune homme, que nous eûmes l'occasion de voir, nous parut et nous dit, du reste, se bien porter.

En faisant montrer la langue du malade, nous ne fûmes pas peu étonné de constater une atrophie bien caractérisée de la moitié droite; l'organe pouvait se mouvoir très facilement: la pointe touchait la voûte palatine, elle était aisément projetée hors de la bouche, et la prononciation n'aurait certes pas fait soupçonner cette lésion. L'épaisseur était moitié moindre à droite qu'à gauche. De ce côté, l'organe était dur, résistant entre les doigts, mou et comme spongieux à droite.

Quand le malade projetait la langue hors de la bouche, elle était portée à droite; il existait un mouvement fibrillaire net.

La sensibilité tactile et gustative paraissait la même des deux côtés.

La réaction électrique donnait, par le courant galvanique, une diminution de la contractilité à droite; pas de réaction de dégénérescence; les contractions étaient brusques. Il y avait diminution de la contractilité faradique à droite. L'examen du pharynx permettait de constater une pharyngite modérée. Le laryngoscope nous montra *une paralysie parfaitement caractérisée de la corde vocale inférieure droite*, qui était absolument immobile pendant la phonation. La corde gauche se rapprochait aisément d'elle et venait toucher exactement son bord interne. Aussi la voix n'était-elle pas fort modifiée dans son timbre. Il était cependant facile de reconnaître que l'émission des sons était légèrement voilée par moment et peu franche dans toute son étendue. Autrement le larynx était sensiblement normal. La dilatation inspiratoire se faisait bien. L'examen du nez nous fit constater une légère rhinite sans inconvénient pour la respiration: elle ne semblait pas être le point de départ de phénomènes réflexes. A l'examen de la poitrine, nous consta-

tâmes un léger degré d'emphysème, avec une bronchite peu intense.

L'organe central était sain.

Comme nous l'avons dit, le malade n'éprouvait pas de fatigue par les exercices du corps; la marche était régulière; le réflexe rotulien existait.

Un examen rapide de l'organe de l'ouïe à droite, nous permit de constater l'intégrité du tympan; l'application du spéculum auris produisit un accès de toux (toux auriculaire); ce que le malade avait du reste remarqué lui-même, chaque fois qu'il déplaçait le paroi antérieure du conduit. Il répéta l'expérience devant nous et la réussit absolument. La toux était vraisemblablement produite par une excitation de la paroi antérieure du conduit auditif externe dans le territoire de la branche auriculo-temporale du trijumeau.

La toux diminua insensiblement et disparut presque complètement après l'usage de calmants, qui consistèrent surtout dans l'administration du bromure de potassium et l'emploi de lotions froides sur la nuque et au devant du cou.

Telle est l'histoire de notre malade que nous avons revu (1) à diverses reprises pendant plusieurs mois, et chez lequel nous avons toujours constaté les mêmes signes morbides.

Ils existaient vraisemblablement depuis un temps antérieur assez long. Nous n'avons reconnu chez le malade aucun symptôme d'ataxie locomotrice, affection qui se serait certainement révélée actuellement par des troubles, si légers soient-ils, du côté des membres inférieurs.

Le début de la maladie nous échappe; l'examen clinique nous oblige néanmoins à exclure sans hésitation cette affection. Les phénomènes objectifs dominants sont une hémiatrophie de la langue du côté droit avec un

(1) Nous avons revu le malade, le 24 avril 1886, et constaté de nouveau le même état.

fort écartement de cette dernière quand elle est projetée dehors, et de plus une paralysie du récurrent du côté droit. Nous ne pouvons relever aucun symptôme se rapportant au tabès.

Il ne peut évidemment s'agir, dans le cas présent, d'une paralysie bulbaire progressive; il est bien inutile d'en rappeler les symptômes. Nous n'avons pas constaté de troubles de déglutition, de salivation; l'atrophie de la langue ne s'étend que d'un côté, l'organe peut être mis en mouvement facilemeut; il n'y a pas de modification dans la parole.

Il n'est pas possible d'admettre qu'un seul noyau de l'hypoglosse (le droit) ait été soumis à une cause de dégénérescence. Le malade ne présente pas d'atrophie ni de troubles fonctionnels dans les muscles de la face. Sa figure conserve son expression propre suivant les sensations qu'il éprouve.

L'existence parfaitement caractérisée d'une paralysie complète du récurrent droit autorise, nous paraît-il, à penser à une lésion (une hémorragie, par exemple) bulbaire dans le noyau de l'hypoglosse droit, celui de l'accessoire et du vague.

Dans cette hypothèse, le foyer se trouverait exactement à côté de la ligne médiane et aurait détruit les cellules du noyau de l'hypoglosse; ces dernières forment, en effet, le centre trophique pour le nerf hypoglosse et les muscles de la langue qu'il dessert. Il faudrait considérer la paralysie du récurrent ou comme un symptôme direct de foyer ou bien comme un symptôme indirect.

Comment aurait été produite cette lésion bulbaire dans le cas qui nous occupe? Nous ne pourrions l'affirmer positivement. Le traumatisme produit par la balle du révolver a-t-il joué ici le rôle principal? L'accident remonte loin, et nous ne pouvons savoir si l'hémiatrophie que nous avons constatée, de même que la paralysie du récurrent droit, existaient depuis longtemps, le malade n'en ayant jamais eu conscience. Il faudrait, dans cette

hypothèse, admettre que les lésions trophiques ont eu une marche bien lente ou sont restées stationnaires, pour ne pas se prononcer davantage après un espace de temps aussi long. Quoi qu'il en soit, la question nous semble difficile à trancher d'une manière absolument précise par la seule analyse clinique. Si nous avons fait la relation de ce cas, c'est parce qu'il nous a paru intéressant sous plusieurs rapports et qu'il montre que l'hémiatrophie de la langue peut se rencontrer en dehors du tabès dorsalis.

Un cas d'hémiatrophie de la langue, observé par L. Hirt et Buchwald, se rapporte à une femme de soixante-seize ans, chez laquelle la maladie a évolué tout d'abord sous l'aspect d'une paralysie bulbaire progressive. Un examen plus approfondi et en particulier, la constatation par le laryngoscope d'une paralysie complète du nerf récurrent droit, permirent de poser le diagnostic d'hémorragie bulbaire ou de ramollissement embolique des noyaux de l'hypoglosse droit, de l'accessoire et du vague.

Fairlie Clarke (1) a observé l'hémiatrophie de la langue : 1° dans le cours de maladies cérébrales, spécialement d'hémiplégies; 2° dans des lésions du bulbe (très rarement, et seulement dans des cas à diagnostic contestable); et 3° enfin dans des affections périphériques (traumatismes de l'hypoglosse et néoplasmes qui intéressent les faisceaux de l'hypoglosse d'un côté).

Dans un excellent travail paru en 1884, Ballet (2) dit que cette lésion est rare, mais qu'il y a une maladie où elle peut apparaître assez souvent comme symptôme : c'est le tabès dorsalis.

Il pense que l'hémiatrophie de la langue devient un signe de présomption en faveur de l'ataxie locomotrice.

(1) Fairlie Clarke, *A treatise on the diseases of the tongue*. London, 1873.
(2) *Archives de neurologie*, vol. VII, 1884, n° 20, p. 191. *De l'hémiatrophie de la langue.*

C'est surtout le cas s'il y a en même temps d'autres symptômes bulbaires. Cet auteur décrit trois cas se rapportant au tabès dorsalis.

Cuffer a communiqué un cas semblable à la Société de biologie en 1875; chez son malade l'hémiatrophie apparut pendant une paralysie bulbaire qui s'était développée dans le cours et comme complication d'une ataxie locomotrice.

Charcot, d'après L. Hirt, tout en ne considérant pas cette lésion comme un signe pathognonomique du tabès dorsalis, pense qu'il faut rechercher soigneusement d'autres symptômes de cette maladie, quand on rencontre l'hémiatrophie de la langue.

La plupart des auteurs allemands sont de la même opinion ; ils mentionnent à peine ce signe.

Les recherches minutieuses dans la littérature allemande auxquelles s'est livré L. Hirt, comme il le dit dans son intéressante observation, ont abouti à lui donner la conviction que les auteurs allemands considèrent ce signe comme relativement rare ; le plus souvent, ils pensent qu'il est sous la dépendance du tabès dorsalis.

Une thèse sur l'*Hémiatrophie de la langue dans le tabès dorsal ataxique* a été également soutenue récemment à Paris par le Dr J. Arnaud.

Quoi qu'il en soit. nous pensons également que cette lésion est relativement rare, mais qu'elle ne se rencontre pas seulement dans l'ataxie locomotrice. L'observation de L. Hirt et celle que nous venons d'avoir l'honneur de vous communiquer, prouvent que l'hémiatrophie de la langue peut être constatée dans des lésions bulbaires en foyer. Il est bien inutile de faire remarquer que le laryngoscope a été dans ces deux cas d'un secours indéniable, pour mettre sur la voie du diagnostic anatomique, qui sera sans nul doute toujours difficile à porter d'une façon précise.

DE LA CURABILITÉ DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DU LARYNX EN GÉNÉRAL ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ENPLOI DE L'ACIDE LACTIQUE (1),

Par le Dr Th. HERING.

PREMIÈRE PARTIE

Ce n'est pas sans difficulté que l'idée de la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx a fini par s'imposer dans la pratique, grâce aux travaux et recherches de bon nombre de médecins spéciaux.

La constatation sur le larynx d'anciens ulcères tuberculeux cicatrisés démontre d'une façon évidente la possibilité de la guérison. Malgré la difficulté de trouver un remède curatif, la fréquence de l'affection et l'état lamentable des sujets qui en sont atteints sont bien faits pour encourager cette recherche, et peut-être l'insuccès dépend-il souvent du degré avancé que présentent les altérations laryngées au moment où l'on entreprend le traitement.

Quant à M. Héring, il est partisan convaincu de la curabilité et souvent de l'amélioration de la laryngite tuberculeuse.

A l'appui de cette manière de voir, il rapporte onze cas qui démontrent que les ulcérations tuberculeuses non généralisées, sont susceptibles tout au moins de s'améliorer par le traitement général ou même local, et de guérir entièrement, avec restitution, pour un temps plus ou moins long, des fonctions du larynx.

Dans ces onze cas, il ne s'agissait pas de syphilis, car nulle part n'existaient les traces de cette diathèse, ni du côté des ganglions lymphatiques, ni du côté du pharynx, du nez, du système osseux ou des organes internes. La nature de l'affection laryngée s'affirmait nettement par

(1) Lu à la *Société française d'otologie et de laryngol.*, séance du 28 avril 1886.

la coexistence de lésions des sommets ou par l'examen des crachats.

Les ulcérations se distinguaient des lésions d'autre nature, notamment des ulcérations catarrhales (observations d'Héring, *Revue mensuelle de laryngologie, 1885*) par l'aspect, la localisation, etc.

Toutefois, en écartant tous les cas douteux, il en reste huit dont voici l'analyse :

Sexe. — Six hommes, deux femmes.

Age. — De vingt-neuf ans à quarante-quatre ans, surtout entre trente ans et au-dessous.

Hérédité. — Constatée chez trois malades.

Localisations. — Dans le larynx sur les vraies cordes vocales :

a) Sur la droite, trois fois.

b) Sur la gauche, trois fois.

Sur les fausses cordes vocales :

A gauche, de larges ulcérations cratériformes, deux fois ; sur la partie arythénoïdienne, ulcères profonds deux fois.

Durée. — Le temps nécessaire à la guérison, ou plutôt à la cicatrisation, a été de deux mois (minimum), de sept mois (maximum), en moyenne de quatre mois.

Sur ces huit malades observés depuis 1874, trois sont morts ; la guérison persistait depuis neuf ans (obs. III), deux ans (obs. I), un an (obs. II).

Chez les cinq autres, les ulcérations cicatrisées ne se sont pas rouvertes ; la guérison dure depuis quatre ans, deux ans et demi, six mois, cinq mois ; un seul a la voix voilée, deux ont la voix rauque, deux autres la voix forte et sonore. Deux ont un état général médiocre ; deux autres sont dans un état excellent, ont engraissé. C'est, au total, huit survivants sur onze malades.

Quant au traitement mis en œuvre, il a été le suivant : Quelques-uns ont éprouvé une grande amélioration par un séjour prolongé à Méran, à Greschemberg, en Egypte ; l'état général a sollicité le plus vivement l'attention de

l'auteur. Le régime lacté et le cognac, l'abandon des occupations journalières, le séjour dans les forêts de pins, la liqueur de Fowler, l'huile de foie de morue, l'extrait de malt, les vins généreux, la quinine en cas de fièvre, ont été les moyens qu'il a employés. Comme traitement local, il a eu recours aux instillations de pin, de baume du Pérou, aux badigeonnages de laudanum de Sydenham, et défendu de parler à haute voix. Mais on sait quelle est l'inefficacité de cette médication locale dans la très grande majorité des cas ; il faut donc faire intervenir des conditions particulières pour expliquer l'heureux résultat ; ce serait, dit l'auteur, la force de résistance des sujets, la puissance des forces vitales et aussi peut être l'imprégnation minime de l'infection bacillaire.

DEUXIÈME PARTIE.

La possibilité de la guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx une fois démontrée, M. Héring envisage, dans sa deuxième partie, l'influence de l'acide lactique sur ces ulcérations.

Mosétig-Morhof, étudiant les effets de l'acide lactique dans la carie fongueuse et dans le lupus vulgaire, constata que cet acide détruit radicalement les tissus altérés, tandis qu'il ne produit que peu ou pas d'effet sur les tissus normaux.

S'appuyant sur les rapports qui existent entre les affections précédentes et la tuberculose, Krause employa l'acide lactique dans la laryngite tuberculeuse (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1885). Il employait d'abord pour les badigeonnages une solution à 10 0/0, puis augmentait progressivement l'intensité de la solution pour employer bientôt l'acide lactique pur. Les symptômes provoqués par ces badigeonnages (douleurs de quelques heures, cuisson, spasme du larynx), d'ailleurs très atténués par l'emploi préalable de la cocaïne, ne se reproduisaient bientôt plus. Comme effet local, la muqueuse ainsi tou-

chée devenait pâle ; avec la solution à 80 °/₀, il y avait production d'une escharre blanchâtre, adhérente. Le boursouflement de la muqueuse diminuait bientôt l'escharre tombait, le fond de l'ulcération bourgeonnait en même temps que les troubles de la déglutition et de la phonation s'atténuaient. Enfin, il ne restait plus qu'une cicatrice inégale et concave. Krause répétait journellement les badigeonnages jusqu'à la formation de l'escharre ; et, dans les parties non ulcérées mais infiltrées, il faisait précéder les badigeonnages d'incisions multiples. Par ces procédés, il est parvenu à déterminer d'une façon très nette la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses.

Un mois plus tard, Jelinnek, de Vienne, communiquait les résultats obtenus par l'acide lactique à la clinique du professeur Schrotter. D'après lui, le médicament, quoique pouvant irriter légèrement la muqueuse saine, agit surtout d'une façon efficace sur les tissus hypertrophiés et hyperplasiés. Ce n'est donc pas un spécifique contre la tuberculose, il peut agir également dans d'autres affections ; il empêche le développement de l'affection tuberculeuse, diminue et supprime la dysphagie, le gonflement et les accès de suffocation ; il peut donc, en cas de rétrécissément tuberculeux, prévenir la nécessité de la trachéotomie.

A l'appui de ce traitement, M. Héring présente vingt observations parmi lesquelles se trouvent :

4 fois la guérison complète ;
2 fois — presque complète ;
4 fois des améliorations notables ;
6 fois des améliorations fonctionnelles.

M. Héring a observé les mêmes phénomènes locaux que les deux auteurs précédents ; il insiste surtout dans son mémoire sur les indications et contre-indications du traitement par l'acide lactique et sur la manière de l'appliquer.

Lorsque les ulcérations tuberculeuses sont circonscri-

tes, récentes, peu nombreuses, et siègent sur les cordes vocales inférieures, ou sur l'épiglotte, elles guérissent assez rapidement si le malade n'a pas de fièvre, si l'état général est bon et si les localisations pulmonaires sont peu étendues. Les ulcérations cratériformes des cordes vocales supérieures ou de la partie intérarythénoïdienne, à bords hypertrophiés, sont plus longues et plus difficiles à guérir. Elles nécessitent en général l'emploi d'un traitement chirurgical préalable, comme le grattage, l'ablation des parties hypertrophiées, les cautérisations par l'acide chromique, les incisions profondes par la méthode de Schmidt, l'extraction des parties dégénérées et tuberculeuses (cartilage de Santorini, amygdales, luette). Ces diverses opérations étant pratiquées, on aura alors recours à un badigeonnage d'acide lactique aussi pur que possible. L'acide lactique est applicable aux ulcérations tuberculeuses de la langue ou de la muqueuse du nez.

Quant aux contre-indications, elles sont tirées surtout de l'état général. — On devra s'abstenir, chez les sujets épuisés par la fièvre hectique, amaigris, atteints de dysphagie par suite d'ulcérations étendues du larynx ou qui ont des lésions pulmonaires profondes.

Voici maintenant comment l'auteur a appliqué l'acide lactique : il commence par des badigeonnages avec une solution de cocaïne (10 °/₀), applique ensuite chez les gens très irritables le laudanum de Sydenham, tandis que chez les autres il emploie de suite l'acide lactique en solution (20 à 30 °/₀) ; au bout de quelques jours il se sert d'une solution à 80 ou 100 °/₀ et bientôt les douleurs sont si peu intenses qu'on peut cesser l'usage de la cocaïne.

On répète le badigeonnage tous les jours jusqu'à la formation de l'escharre, en employant la cocaïne si la réaction (gonflement et dysphagie) est très grande, et on se sert pour l'opération, non d'un pinceau en blaireau, mais d'un petit tampon d'ouate fixé sur une tige spéciale, de manière à pouvoir la changer facilement après chaque pansement. Ce tampon introduit dans le larynx, on fait

dix à quinze mouvements d'avant en arrière de façon à opérer une sorte de friction jusqu'au sang.

Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic à établir sera d'autant plus favorable que la maladie sera traitée de meilleure heure : d'où la nécessité d'examiner le larynx de tout individu suspect. On recherchera aussi les bacilles dans les crachats.

Schæffers a attiré l'attention au point de vue du diagnostic sur les paralysies unilatérales et légères des sphincters, habituellement accompagnées de fatigue de la voix. Ces parésies minimes se caractérisent principalement par une adhérence plus persistante de la sécrétion muqueuse du côté malade.

Au point de vue prophylactique, l'auteur a soin d'enlever toute glande lymphatique hypertrophiée, les amygdales par exemple ; d'éloigner les malades du lieu où ils ont été contaminés ; de changer leur genre de vie, en leur procurant un air pur, sylvestre ou maritime. Le choix du climat dépend uniquement des circonstances, de l'individu atteint, du degré de la maladie et de la résistance de l'organisme.

Le point principal consiste à relever les forces ; enfin, il conseille de désinfecter et de détruire les crachats.

Dans la série des observations avec traitement par l'acide lactique, il a fait l'examen histologique des fragments retirés par la curette, ainsi que des amygdales et de la luette dans quelques cas où ces parties étaient intéressées ; il a constaté l'existence de bacilles de Koch dans des pièces qu'il a du reste soumises à la fois à l'examen de ses collègues et à celui de M. Malassez, au Collège de France.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne,

par le Dr E. J. Moure (1).

Ecrire un manuel est en général chose fort ingrate; car l'on est partagé entre la crainte de dire trop pour celui qui ne connaît encore rien du sujet traité, et le danger d'offrir trop peu à celui qui en est déjà plus ou moins au courant, sans parler de ce qu'on pourrait bien être pour celui qui possède complètement son sujet!

Moure a su, avec beaucoup d'habileté, éviter ces écueils et ce n'est pas son plus mince mérite d'avoir offert au public médical français un manuel des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne qui contient tout ce qu'il faut pour mettre au courant de cette spécialité ceux qui désirent la connaître, présenter aux initiés, sous une forme succincte et facile, les progrès réalisés les dernières années, et enfin intéresser le spécialiste lui-même par les vues originales et les résultats de la propre expérience de l'auteur qui ressortent à chaque pas et enlèvent à l'ouvrage la banalité qui est fort souvent le propre des manuels.

Voici quelques mots sur la composition de ce livre. Moure commence par donner un aperçu anatomique et physiologique des fosses nasales et des arrière-fosses nasales, pour décrire ensuite les différentes manières d'examiner les cavités, notamment la rhinoscopie antérieure et postérieure. Ensuite il traite de la pathologie des fosses nasales, ajoutant aux dénominations des différents états pathologiques, placées en tête du chapitre, une définition précise de ce qu'on entend sous ce terme; excellent moyen pour éviter les confusions, qui n'existent que trop dans ces affections, surtout en raison des termes « coryza, ozène », qu'on attribue dans la pratique générale à toute espèce d'affection nasale.

(1) Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Il commence par les maladies aiguës des fosses nasales, et distingue 4 formes différentes : 1° le coryza aigu ou rhinite catarrhale aiguë ; 2° le coryza aigu infantile, à cause des circonstances particulières dues à l'âge du sujet ; 3° le coryza aigu périodique ou fièvre des foins, reconnu comme forme particulière, et 4° le coryza purulent (blennorrhée nasale). Après cela il s'occupe des états chroniques qui nécessitent si fréquemment des notions rhinologiques spéciales ; il entre dans les détails thérapeutiques et opératoires auxquels sont dus en grande partie les succès de la rhinologie moderne. Il s'occupe tout d'abord du coryza chronique simple, et décrit ensuite le coryza hypertrophique et la rhinite atrophique (ozène, punaisie). Je partage également son opinion, que cette affection est très souvent guérissable au moyen d'un bon traitement et de la persévérance ; comme dernière forme, il distingue le coryza professionnel ou rhinite traumatique.

Quoique ces affections empiètent très souvent les unes sur les autres, il faut reconnaître que l'auteur a eu raison de les classer ainsi.

Après la description de l'abcès des fosses nasales, il traite des affections diathésiques, d'abord de la syphilis du nez et des fosses nasales, avec un chapitre à part pour le coryza syphilitique infantile ; ensuite de la tuberculose des fosses nasales ; vient après l'étude des dermatoses du nez et des fosses nasales (Impétigo sycosiforme, ulcères herpétiques, eczéma). Les corps étrangers et calculs sont également bien décrits. Je dois cependant faire observer que pour la description des parasites, l'auteur pourrait trouver des publications intéressantes dans la littérature rhinologique sous le nom de Myiasis (de Μυια mouche) (Lowe, Kirschmann, Thomas).

Les tumeurs des fosses nasales sont divisées en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes. Les premières sont représentées par les polypes muqueux, tumeurs qui se rencontrent le plus fréquemment et auxquelles l'auteur consacre en conséquence une étude plus approfondie. Nous lisons dans ce chapitre : « Quant à admettre la transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes avec Billroth et plusieurs

autres auteurs, nous considérons ce fait comme n'étant pas encore bien prouvé », je suis en état de lui fournir la preuve de ce fait, car je tiens entre mes mains la pièce d'un polype muqueux, sur lequel un sarcome avait pris naissance. J'ai opéré moi-même ce cas, il y a deux ans, au moyen du constricteur, après qu'un autre confrère avait déjà fixé le jour pour l'enlever au moyen de la résection d'une partie du nez. Le malade est toujours bien portant. D'ailleurs, je suis décidé de publier prochainement ce cas.

Le polypotome (fig. 30) est très bien imaginé, mais peu pratiqué au moins d'après mon expérience.

Quoique moins fréquentes, les autres tumeurs : ostéomes, enchondromes, kystes osseux, papillomes, tumeurs érectiles, adémones ont trouvé chacune une place dans le livre. Parmi les tumeurs malignes qui sont heureusement assez rares, l'auteur décrit les sarcomes, les carcinomes, épithéliomas, et enfin les rhinoscléromes, qui attirent de plus en plus l'attention des médecins.

Bonne description des déformations du squelette, avec indications des nouveaux appareils redresseurs.

D'un intérêt éminemment pratique est le chapitre « Epistaxis », aussi est-il traité par l'auteur d'une façon irréprochable. Les troubles de la sensibilité (anosmie, parosmie) et les névroses réflexes d'origine nasale qui ont tant occupé le monde médical ces derniers temps, terminent la description des affections nasales, et dans le reste du livre sont traitées des maladies de la cavité naso-pharyngienne : d'abord le catarrhe naso-pharyngien, ensuite les végétations adénoïdes, et puis les polypes naso-pharyngiens et enfin le catarrhe et le kyste de la bourse pharyngienne, décrite dernièrement par Tornwald. Tout s'y trouve brièvement et convenablement indiqué, seulement je ne crois pas que le dernier mot soit encore dit quant à l'opération de la tonsille pharyngée. Quoi qu'il en soit, les instruments et les méthodes usitées sont largement indiqués.

En terminant, l'auteur donne une leçon sur la douche ou irrigation nasale qui viendra très à propos pour un grand

nombre de praticiens, et sa canule coudée à angle droit ne peut qu'être recommandée.

N'oublions pas d'ajouter que 53 figures dans le texte et 4 planches en lithographie, très bien faites, facilitent beaucoup l'étude de l'ouvrage dont l'édition fait honneur à l'éditeur. L. BAYER.

Etude expérimentale sur la phonation,

par le Dr LERMOYEZ.

Travail consciencieux et original; les idées que l'auteur y soutient le feront lire avec intérêt; le style qui les exprime, avec plaisir et sans fatigue.

La première partie du travail de M. Lermoyez est consacrée aux expériences, la seconde aux théories. Dans l'étude expérimentale de la phonation, quatre modes sont offert : 1° l'homme vivant; 2° l'animal; 3° le larynx artificiel; 4° le cadavre.

L'examen du larynx normal ou malade, dans l'étude de la phonation, peut rendre de grands services; mais bien plus pour servir à vérifier, qu'à établir les bases premières d'une théorie.

L'application au larynx de la méthode classique de vivisection est le procédé le plus anciennement mis en pratique; il a servi à établir d'une façon certaine les fonctions des nerfs du larynx, mais il n'a fourni que fort peu de notions sur la fonction phonatoire de la glotte considérée comme instrument vibrant. Chez l'animal on peut étudier le son en lui-même, mais non une succession de sons et formant une gamme. La voix de l'animal, dans ses modifications, ne peut être comparée en aucune façon à la voix humaine.

Les larynx artificiels, constituant de très bons moyens de démonstration, ne peuvent servir à édifier une théorie de la phonation, car pour la construire il faut s'appuyer sur des lois provisoirement supposées connues et démontrées.

Le meilleur mode d'étude de la phonation consiste, pour l'auteur, à détacher du cadavre un larynx et à mettre la

glotte en position vocale en imitant artificiellement l'action d'ensemble des muscles laryngés.

Le larynx, détaché du cadavre, est installé de façon à immobiliser d'une manière absolue les articulations crico-aryténoïdiennes, qui sont immobilisées sur le vivant par la contraction de tous les muscles péri-aryténoïdiens.

Voici les résultats des expériences faites par l'auteur :

1° La glotte postérieure étant ouverte dans toute sa largeur, aucun son ne peut être obtenu, quelles que soient la tension des cordes vocales et la pression de l'air;

2° La tension glottique et la pression aérienne restant les mêmes, le son se produit dès que les apophyses vocales viennent en contact;

3° Lorsque les apophyses vocales sont simplement rapprochées, mais non accolées, un certain nombre de notes graves peuvent être émises pourvu que la largeur de la glotte inter-aryténoïdienne ne dépasse pas un millimètre.

Les expériences qui suivent portent sur la production de la voix de fausset.

4° Le larynx étant en position vocale, c'est-à-dire la glotte postérieure étant fermée, les cordes inférieures moyennement tendues, le courant d'air passant à travers la glotte lui fait successivement prendre les aspects suivants :

D'abord l'air sort silencieusement, produit par une tension transversale qui touche les cordes vocales et dilate la glotte, laquelle prend l'aspect de la fig. 2 (les cordes vocales écartées l'une de l'autre décrivent une courbe à concavité interne). Aussitôt on voit deux membranes grises se détacher de chaque côté des lèvres glottiques et venir vibrer dans la lumière de la glotte qu'elles rétrécissent : à cet instant précis le son se produit. Ces deux lèvres vibrantes sont constituées par la muqueuse; jamais elles n'arrivent à se toucher et laissent entre elles un espace fusiforme vide.

5° Si l'on vient alors à piquer avec une aiguille la partie vibrante, on ne traverse que la membrane muqueuse.

6° Si avec un fin bistouri on enlève toute la muqueuse, le larynx devient aphone dans les circonstances actuelles.

7° Le larynx est laissé vingt-quatre heures à l'air libre, de façon que les cordes vocales commencent à subir une légère dessiccation. Si l'on vient alors à souffler dans la trachée, quelque forte que soit la tension aérienne, la glotte se laisse dilater, mais demeure absolument silencieuse; car la muqueuse agglutinante, par suite de cette dessiccation à la corde ligamenteuse, ne peut plus s'en détacher pour venir vibrer dans l'espace glottique.

8° Au cours de l'expérience, on peut toucher la partie musculaire et même la partie ligamenteuse de la corde vocale sans aucunement altérer le son émis par la glotte; mais dès qu'on vient en contact de la membrane grise vibrante on étouffe la voix.

9° On place un point noir sur la partie blanche ligamenteuse de la corde vocale et on fait parler la glotte; le point noir reste absolument immobile malgré les vibrations vocales.

10° Tandis que la glotte parle, on introduit la pointe d'un stylet fusiforme qui sépare les deux membranes vibrantes; il n'en résulte aucune altération du son.

11° Si, sans rien changer à l'expérience, tandis qu'on continue à souffler avec la même force, on vient à appuyer de chaque côté de la glotte les mors d'une pince en T, en exerçant une légère pression de dehors en dedans et surtout en ayant soin de se placer sur la limite exacte de séparation de la couche musculaire et de la couche fibreuse, frontière facile à voir par transparence, le son se modifie dans son timbre, dans sa hauteur.

12° Le son produit a un timbre mordant mieux anché et plus sonore.

13° En même temps, le son devient plus grave. La force de la soufflerie restant la même, l'abaissement du ton pour une note du médium varie d'une tierce à une quarte.

14° Le larynx parlant en voix de fausset, si l'on applique la pince comme il vient d'être dit, on observe les changements suivants dans l'état de la glotte :

A. — Les oscillations vibratoires prennent une amplitude beaucoup plus grande et deviennent plus visibles à l'œil nu (d'où intensité plus grande du son).

B. — L'espace fusiforme central se réduit considérablement et les bords des deux cordes vocales viennent presque à se toucher en vibrant.

C. — Il est facile de voir que les oscillations sont d'autant plus étendues qu'on les observe plus près de l'axe de la glotte, et qu'en dehors les vibrations s'éteignent et cessent là où commence le tissu musculaire.

15° Si l'on vient à piquer avec une aiguille la zone vibrante à sa partie moyenne, on traverse les couches muqueuse et fibreuse mais non le muscle.

16° Si avec un bistouri on enlève la muqueuse des cordes vocales, opération qui fait disparaître les sons de fausset, le larynx mis en vibration sous la pression de la pince continue néanmoins à fournir des sons anchés, seulement atténués dans leur intensité. Qu'on vienne à enlever la pince et qu'on continue à souffler, on ne produit plus aucun son.

17° Si l'on enlève la couche ligamenteuse des cordes vocales en laissant intact le muscle thyro-aryténoïdien, le larynx devient complètement aphone quel que soit le procédé employé pour le mettre en vibration.

18° Pendant que le larynx parle sous la pince, on peut impunément toucher la partie musculaire des cordes vocales; mais si l'on vient à rencontrer la partie ligamenteuse, le son se trouble, il se produit des nœuds de vibration qui en modifient la hauteur; et si l'on touche une seule corde vocale, on cause de la diphtonie.

19° Le point noir placé sur la partie blanche de la corde vocale qui tout à l'heure restait immobile pendant la production du son de fausset, maintenant oscille pendant la vibration vocale.

Les expériences qui suivent ont pour objet de déterminer les variations de hauteur du son par action musculaire, la tension de l'air étant la même. Elles démontrent que le crico-thyroïdien, par ses contractures, élève le son, tandis que le thyro-aryténoïdien, que M. Lermoyez appelle *relâcheur* des cordes vocales, abaisse la hauteur de la voix.

L'auteur met ensuite en relief, par les expériences qui suivent, le rôle fort important que joue la tension aérienne dans la phonation.

Le troisième chapitre est consacré aux expériences sur les animaux ; l'auteur les a faites dans le but de savoir si le thyro-aryténoïdien contracté vibre ou ne vibre pas pendant la phonation. Mettant ce muscle à découvert, on le voit se contracter violemment, mais on ne le voit point vibrer.

Les recherches électriques faites par l'auteur en collaboration avec M. Jeanselme sur des cadavres cholériques, concordent absolument avec les expériences que nous avons rapportées plus haut: Le troisième et dernier chapitre de la première partie leur est consacré.

La seconde partie du travail de M. Lermoyez est consacrée à l'étude de théories qui peuvent servir à expliquer le mécanisme de la phonation. Il admet, avec Jelenffy, que le larynx est un instrument à *anches* extensibles.

La *tension* est l'agent capital de la modulation de la voix. La vibration des cordes vocales inférieures, fait capital dans la production de la voix, exige deux conditions : *a*) une tension suffisante des cordes vocales inférieures ; *b*) une pression suffisante du courant d'air expiré. Pour M. Lermoyez, la tension des cordes vocales est le fait capital, et l'*occlusion glottique un phénomène tout à fait secondaire* dont il n'y a pas lieu de tenir compte.

La tension des cordes vocales peut être active ou passive. La tension active est produite par les différents muscles du larynx qui ont chacun leur rôle spécial sans être tout à fait indépendants les uns des autres. L'auteur étudie leur action. L'ary-aryténoïdien est le constricteur de la glotte intercartilagineuse, son action est indispensable à l'émission de la voix; le crico-aryténoïdien latéral concourt à la formation de la voix : 1° parce qu'il rapproche les apophyses vocales et les amène en contact; 2° il tend les cordes vocales et élève les processus vocaux par ce fait qu'en se contractant il abaisse les apophyses musculaires, le cartilage bascule autour d'un

axe transversal; 3° il contribue à fixer les aryténoïdes pendant la phonation.

Le crico-aryténoïdien postérieur agirait, lui aussi, d'après Jelenffy, dans la production de la voix, mais c'est le crico-thyroïdien qui est le muscle phonateur par excellence. Enfin le muscle thyro-aryténoïdien, muscle *relâcheur de la glotte* (Mackensie), en se contractant, porte en avant les aryténoïdes et les rapproche de l'angle rentrant du thyroïde; il raccourcit les cordes vocales ligamenteuses et les met dans un état de relâchement d'autant plus accentué, que sa contraction est plus forte; et comme conséquence, il amène un abaissement de tonalité de la voix.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de la tension passive des cordes vocales, soit par des modifications apportées dans la tension de l'air expiré, soit par compensation vocale.

Dans la troisième et dernière partie de cet intéressant travail, l'auteur s'occupe de la manière dont vibrent les cordes vocales. Ce n'est pas l'air qui vibre et produit le son, ce sont les cordes vocales, mais dans les cordes vocales quelle est la portion vibrante? Dans la production de la voix de fausset c'est la muqueuse seule qui vibre; dans la voix de poitrine c'est la muqueuse et la corde ligamenteuse qui vibrent ensemble, *jamais le muscle ne vibre*.

Des considérations historiques sur le mécanisme de la voix de fausset et de poitrine, des preuves anatomiques, physiologiques, etc., et les conclusions de l'auteur terminent ce chapitre. Suit un index bibliographique des plus complets. Nous regrettons de n'avoir pu analyser, d'une façon plus complète, l'intéressant travail de M. Lermoyez, le cadre restreint de la *Revue* s'y opposait; d'ailleurs, tous ceux qui, de près ou de loin, s'occupent de laryngologie, voudront lire l'original lui-même; ils le feront avec intérêt et aussi avec profit (Paris 1886, O. Doin, éditeur).

Dr E. J. Moure.

Des tumeurs adénoïdes du pharynx.

Par le Dr CHATELLIER.

Frappé de la pénurie des travaux publiés en France sur ce sujet, M. Chatellier a étudié cette question dans son travail inaugural.

Le chapitre premier contient un aperçu anatomique de la région, auquel fait suite un exposé anatomo-pathologique complet de la question. L'auteur indique d'abord la forme et le siège des tissus hypertrophiés, puis décrit en détail leur structure histologique. Après avoir employé plusieurs modes de coloration (hématoxyline, glycérine éoso-hématoxylique, carmin ammoniacal, etc.), il arrive à recommander le picro-carmin habituellement employé, qu'il faut, dit-il, laisser agir pendant une heure environ. La couche épithéliale est composée d'épithélium cylindrique à cils vibratils qui est séparé du tissu sous-jacent par une membrane très apparente en certains points.

La tumeur elle-même est formée d'un tissu très dense composé de follicules clos et de nombreux vaisseaux placés au milieu d'une trame composée de filaments nombreux anastomosés les uns avec les autres et formant des nœuds ou corps étoilés dans leur point de jonction.

Après cet exposé anatomo-pathologique, M. Chatellier étudie l'étiologie de ces tumeurs. L'hérédité, le lymphatisme (Löwenberg), dont il ne reconnaît pas aussi bien l'influence, et surtout les inflammations répétées subaiguës et survenant dans le jeune âge chez les sujets prédisposés, telles seraient les causes principales de l'affection.

Vient ensuite la symptomatologie. Le malade, dit-il avec le Dr Calmettes, se présente sous trois types cliniques : l'auriculaire, l'asthmatique, suivant que les lésions de l'oreille ou les troubles respiratoires dominent la situation, et enfin les malades qui réunissent les deux formes.

Parmi les symptômes fonctionnels il signale les troubles respiratoires surtout prononcés pendant le sommeil chez les jeunes enfants; les altérations de la voix qui est le plus sou-

vent morte (Meyer), ceux de l'articulation, l'M se prononçant B, l'N, D, troubles d'autant plus marqués que les végétations sont plus volumineuses et obstruent plus ou moins complètement l'orifice postérieur des fosses nasales.

Les signes physiques sont fournis par l'examen rhinoscopique postérieur et l'exploration digitale qui permettent l'un et l'autre de reconnaître la forme, la disposition, le nombre et le siège des tumeurs.

M. Chatellier passe ensuite en revue les diverses *complications* qui accompagnent généralement l'hypertrophie de la glande de Luschka, complications qui font tellement partie du tableau symptômatique de ces sortes de lésions, que nous aurions préféré les voir décrites à l'étude des symptômes. Ce sont : l'inflammation, véritable complication dans quelques cas; la pharyngite granuleuse, qui fait en quelque sorte suite à la maladie principale. L'étude du facies spécial du malade, très bien faite, fournit à l'auteur l'occasion de donner, à la fin de son travail, une planche photographique de malades typiques, à laquelle nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur. Les troubles du côté de l'oreille sont dus soit à l'obstruction mécanique de l'orifice des trompes, soit à la propagation de l'irritation aux conduits tubaires et par ces derniers à l'oreille moyenne. La déformation du thorax, ou poitrine en carène, déjà décrite à propos de l'hypertrophie des amygdales, s'observe également dans les cas de ce genre.

La marche des végétations n'est point fatalement progressive, bien au contraire, leur existence est limitée, et après un certain âge, elles tendent d'elles-mêmes à s'atrophier.

Néanmoins le pronostic n'est pas toujours bénin à cause des altérations définitives qu'elles laissent après elles, soit du côté de la face, ou du squelette (arrêt de développement) et surtout du côté des oreilles et du pharynx (angine granuleuse).

Le diagnostic est facile, il suffit de penser à l'existence de ces tumeurs pour éliminer les diverses lésions qui peuvent présenter un ensemble symptômatique à peu près analogue, tels que l'hypertrophie des amygdales, l'oblitération des fos-

ses nasales par déviation de la cloison, coryza chronique, tumeurs diverses.

Le traitement curatif consistera dans l'ablation des tissus hypertrophiés. Pour pratiquer cette opération, il recommande l'emploi de la pince de Lœwenberg, modifié par Woakes, ou l'adénotome de Delstanche. Après avoir décrit le mode opératoire pour prendre les végétations et les enlever, l'auteur ajoute que jamais il n'a vu survenir d'accidents et qu'il n'en a trouvé aucun relaté dans la littérature médicale qu'il a parcourue à ce sujet. Est-ce bien là une preuve qu'il n'en est jamais survenu? En effet, combien peu d'opérateurs publient leurs insuccès, et pourtant ces derniers seraient certainement beaucoup plus instructifs que de nombreux succès!

Pour notre part, nous ne considérons pas comme absolument nécessaire, pour obtenir la guérison du malade, de faire table rase et rendre la muqueuse absolument lisse et unie. La destruction des parties hypertrophiées gênant soit le fonctionnement des trompes, soit la circulation de l'air par les fosses nasales, suffit amplement pour guérir les symptômes dont se plaint le malade (surdité, troubles de la respiration ou de la phonation). Pour obtenir ce résultat, le doigt suffit dans bien des cas; si les tumeurs sont assez volumineuses pour nécessiter l'emploi d'un instrument toujours un peu effrayant pour les jeunes malades, nous préférons aussi la pince Lœvenberg ou l'adénotome de Delstanche, aux couteaux de Meyer, à l'anse galvanique (Michel, Voltolini).

En résumé, M. Chatellier a présenté un tableau fort complet de l'état de la question qu'il a étudiée à fond et dont il parle en connaissance de cause. Nous lui adressons seulement le reproche de laisser dans l'ombre les travaux de plusieurs de ses devanciers, qui avaient aussi des droits pour être cités dans une étude aussi complète.(*Thèse*, Paris, 1886, n° 92.)

E. J. M.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

De la tuberculose de la voûte palatine,

par le Dr J. Hermantier.

Après quelques mots d'historique dans lequel l'auteur rappelle, très succinctement, les travaux de ses devanciers, il insiste sur la fréquence relative des lésions tuberculeuses de la voûte palatine, se ralliant, à ce point de vue, à l'opinion de Kussner. L'anatomie pathologique qui fait suite à ces deux premiers paragraphes ne nous apprend rien de nouveau. L'auteur rapporte, à ce propos, l'observation du Dr Quénu (Soc. clinique, 1878).

A l'étude des symptômes, il insiste sur la forme policyclique des ulcérations résultant, dit-il, de la réunion d'une infinité d'ulcérations petites et arrondies, séparées par des intervalles triangulaires de muqueuse. Les symptômes fonctionnels, douleurs, salivation, sont ceux que tous les praticiens connaissent.

Le pronostic est grave, surtout à cause de la marche de l'affection pulmonaire.

Au chapitre diagnostic, M. Hermantier passe rapidement en revue les lésions du cancroïde, celles de la syphilis, et en particulier des gommes de la voûte palatine, dont la rougeur diffuse et foncée, l'œdème et la marche envahissante ne laissent guère de doute dans l'esprit de l'observateur. D'autres fois le diagnostic différentiel est fort difficile à établir. L'auteur aurait pu ajouter toutefois que dans la syphilis tertiaire les pertes de substance sont un fait presque naturel du processus morbide et que la lésion est généralement limitée à un point de cette paroi.

La scrofule et la tuberculose soulèvent des difficultés plus considérables, au point que si les uns (dualistes) en font deux diathèses différentes, les autres (unicistes) pensent qu'elles constituent une seule entité morbide, ayant des manifestations variées, et l'auteur semble se rallier à cette opinion qui offre

bien des côtés séduisants, surtout au point de vue théorique.

Le traitement s'adressera surtout à l'état général. Comme traitement local il conseille particulièrement l'emploi de la teinture d'iode et surtout de l'iodoforme qui agirait particulièrement à la période ulcéreuse. Le nitrate d'argent, l'acide chromique, le perchlorure de fer et les gargarismes émollients viendraient ensuite suivant les périodes de la maladie.

Huit observations, dont une personnelle, complètent ce travail qui ne contient en somme qu'un simple résumé de ce que l'on sait sur la tuberculose buccale. (*Thèse*, Paris, n° 115, 1886.) E. J. M.

Ulcération tuberculeuse du palais (*Tubercular ulcer of the palate*), par le Dr Clintton.

A la Société clinique de Londres, l'auteur lit une note sur un cas d'ulcération tuberculeuse du palais chez un enfant de 15 ans Le malade, examiné au laryngoscope par M. Semon, était également atteint de phtisie laryngée. (*The Brit. med. Journ.*, 3 avril 1886.) D. J. Charazac.

Corps étranger de la voûte palatine imitant une plaque gangréneuse, par le Dr Coupard, de Paris.

Chez un enfant âgé de 12 mois qui semblait souffrir en tétant et chez lequel enfin la succion devenait impossible, deux médecins consultés avaient porté un pronostic grave et avaient ordonné une potion et un badigeonnage calmant. Le Dr Coupard constata à l'examen avec un stylet que cette prétendue ulcération n'était autre chose qu'une parcelle de la membrane qui tapisse la paroi des loges de la pomme qui renferme les pépins. L'ablation de ce péricarpe amena rapidement la guérison. (*Revue mens. des mal. de l'enfance*, mars 1886) Dr L. L.

Papillome de la luette (*Papilloma of the Uvula*), par le Dr Kleinschmidt.

Le malade était un prédicant âgé de 70 ans. Il éprouvait, depuis longtemps, une gêne considérable dans la voix qui s'éteignit complètement un jour avant un sermon. L'examen

révéla l'existence d'une tumeur qui fut enlevée sans difficulté. C'était un papillome. *(Journ of the Amer. Med. Assoc.*, 6 mars 1886.) Dr J. CHARAZAC.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Le coryza, ses causes et son traitement (*Coryza, its causes and treatment*), par le Dr Geo N. MONETTE.

L'habitude de fumer et de rejeter la fumée par le nez est une des principales causes du coryza, c'est aussi cette habitude qui détermine une hypertrophie de la muqueuse de Schneider. Elle agit aussi sur la gorge et l'auteur a observé un grand nombre de cas auxquels il a donné le nom de gorge de fumeurs (*smoker's throat*), dans lesquels il existe une desquamation véritable de toute l'arrière-gorge.

Les influences atmosphériques ont été, de tout temps, invoquées comme cause de coryza. Il existe un coryza qu'on pourrait appeler professionnel et qui est contracté par les ouvriers qui travaillent dans une atmosphère chargée de poussières.

L'auteur, dans le traitement du coryza, recommande le sous-nitrate de bismuth. Quand la sécrétion nasale est de mauvaise nature, l'auteur ajoute au bismuth un peu d'iodoforme. D'après lui, le bismuth enlève à l'iodoforme sa mauvaise odeur. Voici la formule qu'il emploie :

Sous-nitrate de bismuth..... 4 gr.
Iodoforme. ..... 8 gr.
M. et pulv. En applications locales.

D'après l'auteur, les malades se sont toujours très bien trouvés de l'emploi de cette poudre. Le remède ne serait-il pas pire que le mal? (*Journ. of the med. Amer.*, 30 janvier 1886.) Dr J. CH.

Les méthodes de douceur dans le traitement du catarrhe nasal et naso-pharyngien (*Mild measures in the treatment of so-called nasal and naso-pharyngeal catarrh*), par le Dr J. SOLIS-COHEN.

Cohen n'est pas partisan des mesures radicales. Souvent dans certains cas il a employé un traitement moins sévère qui

a suffi parfaitement; il recommande, pour arriver au diagnostic et pour le traitement, la dilatation des voies nasales au moyen d'une éponge ou de tiges de laminaire analogues à celles dont on fait usage pour dilater l'utérus. (*Med. Journ.*, 3 avril 1883.) BRYSON-DELAVAN.

Angiome du nez (*Angioma of the nose*), par le Dr J.-O. ROE.

L'auteur rapporte une observation de cette rare affection chez un homme de 68 ans. Six semaines après qu'il eut, pour la première fois, remarqué l'obstruction des fosses nasales, il présentait les conditions suivantes : l'aile gauche du nez était quelque peu distendue par une tumeur dure, rouge, bleuâtre. Elle avait l'aspect d'une tumeur fibreuse mais saignait au moindre attouchement. On pouvait, par la compression avec le doigt, réduire un peu le volume de la tumeur et constater de fortes pulsations. Une sonde en argent introduite dans les fosses nasales et laissée en cette position, une extrémité en dehors de la narine, était animée de mouvements rythmiques isochrones avec ceux du pouls. La tumeur remplissait la cavité nasale et s'étendait en arrière dans le pharynx; elle s'insérait à la moitié supérieure de la cloison à la voûte des fosses nasales, au cornet supérieur et à la partie supérieure du cornet moyen. La tumeur fut enlevée au galvano-cautère (anse galvanique et couteau galvanique). Grâce à la cocaïne, l'opération put être faite sans douleurs. Une hémorrhagie considérable accompagnait chaque tentative d'ablation. La tumeur une fois extraite de l'intérieur des fosses nasales, on put constater qu'elle était de texture molle et friable. Sa consistance et son aspect dur tenaient à la compression produite sur elle par les parois résistantes des fosses nasales. Au point de vue histologique, elle était formée de petits vaisseaux sanguins très développés et de capillaires considérablement dilatés et formant, par places, de petits sinus, réunis les uns aux autres par un réseau de tissu conjonctif. En un mot, tous les caractères d'un angiome. Le malade mourut 10 mois plus tard de consomption. La tumeur, après son ablation, s'était

reproduite et en était arrivée à remplir complètement la narine. L'examen démontra qu'il s'agissait d'un angiosarcome. La tendance aux hémorragies était moins grande à la fin qu'au début. L'auteur termine par une liste des cas de ce genre qu'il a pu rencontrer. Ils sont peu nombreux. Dix ont été observés en France, quatre en Amérique. (*Trans. Amer. Laryn. Assoc.*, 1885.) Dr BRYSON-DELAVAN.

Un cas de rhinolithe (*A case of rhinolith*), par le Dr Matthew D. MORIARTY.

La malade, une femme turque de 24 ans, jouissant d'une parfaite santé, souffrait, depuis 6 ans, d'un écoulement de la narine droite avec obstruction de ce même côté; l'auteur croyait avoir affaire à un séquestre, aussi grande fut sa surprise quand il retira de la fosse nasale, à l'aide des pinces, un calcul ayant la structure des calculs vésicaux phosphatiques. La malade guérit complètement. (*The British. Med. Journ.*, 10 avril 1886.) Dr J. CHARAZAC.

L'Hay fever, l'asthme et les affections qui s'y rattachent (*Hay fever, asthma and allied affections*), par le Dr F.-H. BOSWORTH.

Bosworth appelle l'attention sur les observations faites tout d'abord par le Dr Daly et confirmées plus tard par les travaux de Roe, Herzog, Hack, John, N. Mackenzie et Sajous, qui ont soutenu que nous ne sommes pas autorisés à considérer un cas d'asthme des foins comme étant d'origine nerveuse tant que nous n'avons pas éliminé les affections des cavités nasales et pharyngiennes qui peuvent les causer. Dans la plupart des cas le pronostic est favorable. Dans les accès on peut obtenir par la cocaïne un soulagement immédiat, et la guérison en faisant disparaître les lésions qui existent à la partie supérieure des voies aériennes. (*N.-Y. Med. Journ.*, 24 avril 1886.) BRYSON-DELAVAN.

Déviations de la cloison (*Deviations of the nasal septum*), par le Dr VANDER POEL.

L'auteur, dans 18 cas de déflexion de la portion cartilagineuse de la cloison avec déviation du bout du nez, a opéré ses

malades d'après la méthode proposée par Robert de Philadelphie, qu'il décrit de la façon suivante : A l'aide d'un bistouri introduit dans les fosses nasales du côté obstrué, il perfore la portion cartilagineuse de la cloison à sa partie supérieure et postérieure et fait une longue incision dirigée en bas et en avant. Cette incision permet de repousser la cloison cartilagineuse à gauche (si l'on suppose qne l'obstruction siège à gauche) et de remédier en grande partie à la déviation. On maintient les parties en place à l'aide d'une épingle que l'on introduit dans les fosses nasales et qui réunit la portion mobile et la partie immobile de la cloison (*N.-Y. Med. Record*, 15 mai 1886.) BRYSON-DELAVAN.

Sur la céphalalgie associée au catarrhe chronique des fosses nasales (*On the headaches which are associated clinically with chronic catarrh*), par le Dr HARRISON ALLEN.

L'auteur estime que la céphalalgie consécutive à une affection catarrhale des fosses nasales est plus commune qu'on ne pense. Elle peut être d'origine réflexe, nerveuse et inflammatoire.

Les céphalagies réflexes sont presque toujours entièrement limitées au front, à la tempe et au vertex. La douleur siège à la tempe quand l'affection atteint la région du cornet moyen. Dans les céphalalgies réflexes la paroi de l'orbite est particulièrement sensible à la compression. La muqueuse du nez présente des signes d'une violente inflammation qui embrasse le tissu conjonctif sous-muqueux quand l'os lui-même n'a pas été atteint. Les parties malades présentent souvent un état d'atrophie.

Par céphalalgie d'origine nerveuse on doit comprendre les cas dans lesquels une affection limitée et peu intense du pharynx ou du nez donne lieu à des symptômes nombreux et inconstants qui occupent la gorge et la tête. On l'observe surtout chez les femmes nerveuses.

Les céphalalgies d'origine inflammatoire s'observent dans les cas de congestion ou d'inflammation des sinus frontaux ;

elles sont d'ordinaire unilatérales, elles ne s'accompagnent pas de fièvre et cèdent à l'application de quelques sangsues. (*The Med. News*, 13 mars 1886.) Dr J. Charazac.

LARYNX ET TRACHÉE.

Des manifestations laryngées aiguës du rhumatisme,
par le Dr R. Archambault.

Dans son introduction, l'auteur dit avoir surtout en vue, dans ce travail, les manifestations laryngées du rhumatisme aigu. Après quelques lignes d'historique dans lequel il rappelle les quelques allusions ou observations faites ou publiées jusqu'à ce jour par Besnier, Chomel, Emery Desbrousses (*thèse* de Strasbourg, 1861), Libermann, Fauvel, Coupard, Joal et Jaccoud, il étudie d'abord les fluxions de la muqueuse laryngée d'origine rhumatismale, dont il signale trois observations (Joal, Coupard, personnelle). Le plus souvent, ajoute-t-il, les fluxions rhumatismales isolées sont des accidents légers et mobiles, mais ils peuvent cependant amener des accès de dyspnée analogues à ceux de la laryngite striduleuse, et quelques cas de cette maladie pourraient bien, d'après lui, être de nature rhumatismale. Un peu plus loin il rapporte l'observation typique d'une malade âgée de 31 ans, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, avec endopéricardite, qui au moment où les douleurs se calmaient du côté des articulations, fut prise d'enrouement, de gêne à la déglutition et un peu plus tard de dyspnée. Bientôt apparaît du cornage et du tirage, enfin une gêne telle que l'on est obligé de pratiquer la trachéotomie. L'examen laryngoscopique n'a été fait que beaucoup plus tard, alors que les symptômes laryngiens avaient à peu près disparu. Le 20 avril, tout est rentré dans l'ordre.

M. Archambault, discutant à la suite la nature de la lésion, pense qu'il s'est agi d'une fluxion intense de la muqueuse qui recouvrait l'épiglotte et ses replis, expliquant les paroxysmes du dyspnée par une convulsion réflexe des muscles du larynx, admettant l'intégrité des articulations en l'absence des douleurs (1).

La toux est plus ou moins douloureuse, l'expectoration rare, la voix est enrouée, voilée, ou éteinte suivant le degré du mal, la douleur peu intense, sauf dans les cas où les articulations sont atteintes. La respiration est habituellement peu gênée, sauf chez les enfants. Les symptômes généraux sont ceux du rhumatisme.

L'arrière-gorge participant à l'inflammation, l'examen laryngoscopique serait mal supporté et douloureux. Ces symptômes disparaissent sans aucun traitement spécial, les récidives sont fréquentes.

La seconde partie de la thèse est consacrée à l'étude des arthrites aiguës rhumatismales du larynx, que l'auteur n'a trouvées mentionnées par aucun auteur. Seul M. Emery Desbrousses (*loc. cit.*) en aurait signalé une observation que l'auteur rapporte et qu'il rapproche du fait d'arthrite blennorrhagique cité par Libermann.

M. Archambault envisage ensuite les localisations du rhumatisme sur les muscles et les nerfs du larynx, qui théoriquement devraient se traduire par de la douleur au niveau de l'organe, douleur exagérée par la pression, sans fluxion de la muqueuse.

Après quelques conclusions qui découlent naturellement de l'étude qu'il vient de faire, l'auteur indique le traitement qu'il convient d'instituer et qui consiste en fumigations et pulvérisations chaudes sur le cou ou dans la gorge. — Les sangsues pourront être utiles si la fluxion est intense. Le salicylate de soude serait ici un médicament moins fidèle que les autres. Enfin si la suffocation était imminente, on n'hésiterait pas à pratiquer la trachéotomie pour sauver le malade. (*Thèse*, Paris, 1886, n° 192.) E. J. M.

(1) En l'absence d'examen laryngoscopique, toute hypothèse est discutable, mais, nous devons avouer qu'une arthrite, avec le gonflement péri-articulaire habituel aux manifestations rhumatismales et l'immobilisation consécutive des aryténoïdes, nous paraîtrait expliquer aussi bien les troubles respiratoires intenses observés chez cette malade. Cette manière de voir nous séduit d'autant plus que pour expliquer la suffocation par une fluxion œdémateuse de l'épiglotte et de ses replis, il faudrait admettre que cette tuméfaction fut bien considérable et arriva à obstruer presque complètement l'orifice glottique.
E. J. M.

L'organe de la phonation considéré comme un instrument à corde (*The voice a stringed instrument*), par le Dr Georges STARKER.

L'auteur considère le larynx comme un instrument à corde. Les diverses notes sont produites par les différentes tensions des cordes vocales et modifiées dans la bouche et le pharynx absolument comme les sons d'un instrument sont modifiés par la caisse de résonnance. A son avis, le violon est le seul instrument qui puisse égaler la voie humaine dans la variété et le pouvoir de ses tons, et pour toucher nos cœurs et exciter nos sympathies. (*The Brit. Med. Journ.*, 3 avril 1886.)

Dr J. CHARAZAC.

Paralysie de la langue, du palais et de la corde vocale (*Paralysis of tongue, palate, and vocal cord*), par le Dr HUGHLINS JACKSON.

L'auteur présente à l'*Harveian Society* un malade qui a eu une paralysie et une destruction du côté droit du larynx, et une paralysie du côté droit du palais et de la corde vocale droite. Il a eu, en même temps, de la paralysie d'un certain nombre de muscles du bras, des troubles de la vision, des plaques anesthésiques, etc. Le malade était syphilitique. (*The Lancet*, 10 avril 1886.)

Dr J. CHARAZAC.

Cas de toux peu ordinaires (*Unusual cases of caughing*), par le Dr C. C. RICE.

L'auteur décrit une cause de toux assez obscure, dans laquelle l'épiglotte est surmontée par une masse de tissus hypertrophiés qui vient de la base de la langue et qui l'empêche de fermer le larynx. Dans les cas de ce genre, le bord de l'épiglotte est gêné et sa surface si irritée qu'il en résulte de violents paroxysmes de toux. Afin de bien établir que cet état de la base de la langue est la cause réelle de l'irritation, il exclue les causes pouvant venir des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx par des applications de cocaïne; si la toux et la sensation de chatouillement continuent, malgré cela, on est en droit d'en conclure que telle est bien la véritable cause. L'assymétrie congénitale de l'épiglotte peut être aussi une cause de toux. (*N.-Y. Med. Rec.*, 1er mai 1886.)

D BRYSON-DELAVAN.

Trachéotomie chez un enfant de 13 mois pour l'ablation d'un corps étranger (*Tracheotomy in a child thirteen months old, for the removal of a foreign body*), par le Dr E. B. Ward.

Lorsqu'on l'apporta au docteur Ward, l'enfant éprouvait une grande gêne respiratoire, il avait avalé un pois par le larynx. Les symptômes d'obstruction des voies aériennes étaient devenus plus considérables et la suffocation imminente. On anesthésia l'enfant et la trachéotomie fut pratiquée. Malgré l'engorgement des poumons et l'état de cyanose partielle dans lequel se trouvait l'enfant, le chloroforme fut très bien supporté et ne parut pas le moins du monde aggraver les symptômes.

La trachée fut ouverte, le corps étranger délogé, mais il vint se fixer dans la trachée au-dessous de la plaie. La respiration cessa alors complètement et le malade présenta toutes les apparences de la mort. Mais la respiration artificielle le rendit à la vie. Le corps étranger fut délogé par un effort de toux et enlevé avec des pinces. La respiration qui avait été bonne jusque-là devint plus lente, l'enfant refusa de prendre toute espèce de nourriture. La négligence de la nourrice qui avait été chargée de nettoyer le tube trachéal amena une accumulatiou de mucosités, et l'enfant mourut d'un accès de suffocation. (*The Med. Record*, 2 janvier 1886.) Dr J. Charazac.

Un cas de trachéotomie « post-mortem » suivie de la résurrection du malade (*A case of «post mortem» tracheotomy with resuscitation of the patient*), par le Dr Ed. Souchon.

La trachéotomie fut faite chez un enfant atteint de diphtérie chez qui la respiration, le pouls et les battements du cœur avaient cessé. La respiration artificielle fut faite pendant trois à quatre minutes; cette dernière se rétablit et l'enfant survécut deux jours à l'opération. (*N.-Y. Med. Journ.*, 3 avril 1886.) Bryson-Delavan.

Laryngotomie, guérison (*Laryngotomy, recovery*), par le Dr Laffau.

Ce cas est intéressant parce que l'opération fut tentée alors que le malade paraissait mort. Il s'agit d'un homme de

53 ans pris du mal à la gorge auquel on fit peu attention il eut peu après un accès de suffocation. L'entrée de l'air par la laryngotomie crico-thyroïdienne, et une injection d'éther le ramenèrent à la vie. (*The Lancet*. 17 avril 1886.)

D. J. CHARAZAC

OREILLES.

La meilleure méthode pour l'ablation des corps étrangers de l'oreille (*The best method of removing foreign bodies from the ears*), par le Dr Jonathan HUTCHINSON.

L'auteur fait observer combien sont fréquents les cas dans lesquels un infortuné patient voit sa membrane du tympan perforée par un praticien maladroit. L'auteur préconise, pour l'ablation des corps étrangers durs, un anneau en fil d'argent flexible, avec lequel on réussit toujours à les enlever sans jamais risquer de blesser le tympan! (*The Brit. Med. Journ.*, 10 avril 1886.) Dr J. CHARAZAC.

Parotidite suivie de surdité complète d'un côté (*Parotitis followed by total deafness of one ear*), par le Dr W. CHEATHAM.

A la suite des oreillons, Mlle A. R..., âgée de 4 ans et demi, devint complètement sourde de l'oreille gauche. La membrane du tympan paraît intacte. L'audition n'est pas améliorée par l'insufflation. Diagnostic : surdité nerveuse. Les cas de ce genre ne sont pas rares. Voici le résultat des observations de Roosa :

1) Un catarrhe aigu de l'oreille moyenne peut survenir au cours des oreillons, accompagné de fièvre et de vomissement.

2) Ce catarrhe peut s'étendre de la parotide au conduit auditif, à la membrane du tympan ou à l'apophyse mastoïde.

3) Il peut en résulter une affection du labyrinthe qui provient de l'extension du processus inflammatoire de l'oreille moyenne.

4) Il est probable qu'il existe des cas dans lesquels, au cours des oreillons, l'affection se porte au labyrinthe de la même façon qu'elle se porte aux testicules. (*The Amer. pract. News*, 6 mars 1886.) Dr J. CHARAZAC.

La surdité dans le mal de Bright (*Deafness in Bright's disease*), par le Dr J. Walker Downie.

Il s'agit d'un malade âgé de 27 ans, atteint de néphrite chronique, alité depuis deux mois, qui était devenu subitement sourd. Il avait, quelque temps auparavant, éprouvé de vives douleurs dans l'oreille droite.

A l'examen, le tympan apparaît normal, les trompes perméables La surdité dura trois semaines environ, puis l'audition redevint progressivement normale sans traitement. (*Glasgow Med. Journ.*, décembre 1885, et *The med. and Surg. Reporter*, 27 février 1886.) Dr J. Charazac.

VARIA.

Goître ordinaire compliqué de continuelles palpitations du cœur (*Gozzo comune e palpito continuo di cuore*), par M. le Prof. Fazio.

L'auteur rapporte la curieuse observation d'une dame de 67 ans, recueillie à l'hôpital des Incurables, où elle souffrait de palpitations de cœur violentes et continuelles et d'une grosse tumeur au cou (goître). Cette dernière qui datait de 35 ans avait primitivement le volume d'une petite noix qu'elle avait conservé jusqu'à l'âge de vingt ans. Depuis lors elle s'était accrue peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'une grosse orange. Les palpitations de cœur duraient depuis 13 mois, elle éprouvait une sensation continuelle de dyspnée variable pendant les différentes heures du jour, plus intense pendant la nuit. Le timbre normal de la voix était altéré et la malade avait une tendance à la production de la voix de fausset lorsqu'elle parlait fort.

L'auteur, après une analyse rigoureuse des symptômes, est amené à exclure, dans ce cas, la *maladie de Basedow*, soit dans sa forme typique, soit dans sa forme anormale. Il conclut à un goître simple, ordinaire, dont le développement a amené la compression de la trachée (donnant la dyspnée) et du nerf vague (cause des palpitations continuelles et des troubles de la voix). (*Eco delle Cliniche*, anno 1, n° 6, Naples, 1886.) Ds Cardone.

Néphrite diphtéritique primitive (*Nefrite difterica primitiva*), par le Dr Guidi.

S'appuyant sur deux observations cliniques et sur divers arguments, l'auteur soutient qu'il peut se produire une infection diphtéritique sans localisation à la gorge ni dans toute autre partie du corps susceptible de tomber sous l'observation directe, et que cette infection peut attaquer primitivement le rein et donner lieu à une néphrite diphtéritique. Pour ce qui est du pronostic il résulterait des cas observés à la clinique du Dr Lévi, qu'il est loin d'être bénin. Dans le traitement il faut tenir compte des récidives qui peuvent se produire aussi bien que dans les néphrites successives de la scarlatine. (*Archivo di pat. infantile*, anno IV, nn 1, Naples, 1886.)

Dr Cardone.

INSTRUMENTS NOUVEAUX.

Canule nasale et auriculaire.

M. le Dr Moure vient de présenter récemment à la Société de médecine de Bordeaux la canule nasale dont il se sert pour pratiquer les irrigations nasales (Douche de Weber). Cette canule coudée à angle droit, a l'avantage de forcer, en

Figure 1.

1° Extrémité de la canule s'adaptant sur l'embout du tuyau de l'irrigateur ou du syphon; — 2° Extrémité nasale percée d'un trou et destinée à être introduite dans l'une des narines; — 3° Portion coudée de la canule légèrement renflée pour bien fermer l'orifice de la narine dans laquelle elle est introduite.

quelque sorte, le malade à être adroit malgré lui et à diriger, comme il convient, le liquide dans les cavités du nez.

La plupart des personnes usant de la douche de Weber, persuadées que les fosses nasales se dirigent en haut vers le

cerveau, se servant d'embout plus ou moins olivaire, envoient le liquide médicamenteux vers leurs sinus frontaux ou la lame criblée de l'ethmoïde. Il résulte de cette manière de faire, que l'injection occasionne des maux de tête et même des névralgies qui forcent bien souvent le médecin à renoncer à l'emploi d'un moyen thérapeutique si précieux dans bien des cas.

Pour éviter ces inconvénients et surtout pour ne pas être obligé de donner des explications anatomiques qui risqueraient d'être mal comprises ou mal interprétées, il suffit de recommander au malade de tenir le manche de la canule en bas vers le menton *éloigné d'environ 4 à 5 centimètres* de ce dernier. L'ouverture dont est percée la canule regarde alors directement vers le pharynx nasal et le liquide injecté se trouve ainsi forcé de suivre le plancher des fosses nasales.

Pour bien pratiquer la douche de Weber on recommande ensuite au malade de pencher assez fortement la tête en avant et d'ouvrir largement la bouche pour éviter que le liquide retombe dans cette cavité.

Comme d'habitude on emploiera toujours une solution médicamenteuse tiède et appropriée à l'état du malade.

Figure 2.

La figure 2 représente la canule à injections auriculaires employée par le Dr Moure. Cette dernière présente une extrémité effilée destinée à être introduite dans le conduit auditif. La partie effilée empêche l'introduction trop profonde de l'instrument dans l'oreille. Cette partie est pourvue de rainures assez larges pour permettre au liquide injecté et aux produits expulsés de l'oreille de s'écouler au dehors.

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

SUR UN CAS DE FIBRO-SARCOME PRIMITIF DE LA FOSSE NASALE DROITE.

Par le Dr E. J. MOURE (1).

Je n'ai point la prétention de retracer aujourd'hui l'histoire complète des tumeurs malignes des fosses nasales que l'on trouvera, du reste, esquissée dans l'excellent traité des maladies du nez de M. le Dr Morell Mackensie (2). Il me suffira seulement de faire remarquer que les faits de cette nature, publiés jusqu'à ce jour, sont encore assez rares pour ne point passer sous silence les quelques cas que l'on peut avoir l'occasion de rencontrer dans sa pratique. Déjà, en 1883, le Dr Delaux, dans son travail inaugural (3), faisait observer combien les livres classiques contenaient peu d'indications à ce sujet, et il insistait sur les difficultés qu'il avait rencontrées pour compiler les documents bibliographiques, assez limités, qui devaient lui servir à traiter cette question. Deux ans plus tard, c'est-à-dire l'année dernière, M. le Dr Schmiegelow (de Copenhague), publiait lui-même un intéressant article sur les tumeurs malignes primitives du nez (4), dans lequel il résumait, lui aussi, quelques observations parues dans la littérature médicale, et ajoutant, à ces faits déjà anciens, deux cas nouveaux, un de carcinome, l'autre de sarcome, rencontrés dans sa pratique.

Enfin, il suffira, du reste, de compulser les publications périodiques générales ou spéciales, les traités de pathologie et les articles des différents dictionnaires de médecine français ou étrangers, pour se convaincre de la rareté vraiment extraordinaire de faits de ce genre. Toutefois, je ne doute pas que si l'on appelle l'attention des

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 30 avril 1886.

(2) Traduction française, par les Drs E. J. Moure et J. Charazac (sous presse).

(3) Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales, Paris, 1883, n° 5183.

(4) *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, nos 8 et 9, 1er août et 1er septembre 1883.

praticiens sur ce point de pathologie un peu délaissé, on reconnaîtra peut-être que les tumeurs malignes primitives des fosses nasales ne sont pas tout à fait aussi exceptionnelles qu'elles peuvent le paraître, si l'on juge d'après les observations publiées jusqu'à ce jour.

L'on rencontre dans les cavités du nez la plupart des néoplasmes malins que l'on est susceptible de trouver dans les autres organes : épithéliomas (Max Schæffer (1), Delstanche et Marisque (2), Verneuil (3), Péan (4), carcinomes (Paletta, Gerdy, Verneuil (5), Duplay (6), Neumann (7), sarcomes (Fayver, Viennois, Hopmann (8), Mason (9), Wreden (10), Sergent (11), Follin et Duplay (12), Eug. Nélaton (13), Delaux (14), etc., etc.); mais les tumeurs que l'on rencontre le plus souvent sont, sans contredit, le sarcome ou ses variétés. Je n'entrerai point dans la description de ces différentes sortes de néoplasmes, que le Dr Delaux (*loc. cit.*, page 13) a cru devoir diviser en six espèces dont il décrit en détail les caractères principaux, ce serait sortir du cadre essentiellement pratique que je me suis tracé.

Je me bornerai à signaler quelques particularités assez intéressantes dans l'histoire de ces tumeurs. D'abord, on les observe aussi bien chez la femme que chez l'homme et l'âge ne semble avoir aucune influence sur leur appa-

(1) *Deutsche med. Woch.*, n° 3, 1882 (3 cas).
(2) *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., juillet 1884.
(3) *Gaz. des Hôpit.*, 21 mars 1885, n° 34.
(4) Cité par Casabianca : Des affections de la cloison des fosses nasales, Paris, 1876.
(5) Cités par Schmiegelow, *loc. cit.*, p. 422.
(6) *Traité de pathol. ext*
(7) *Œster. Heitsch. f. pract. Zeit.*, IV, 1858 (cité par Morell-Mackenzie).
(8) Cités par Morell-Mackenzie, *loc. cit.*, p. 392 (édit anglaise).
(9) *Med. Times and Gaz.*, p. 552, 22 mai 1875.
(10) *Wirchow's Arch.*, t. 93, p. 235 (cité par Schmiegelow, *loc. cit.*)
(11) Du traitement des tumeurs du nez (*Thèse de Paris*, 1881).
(12) *Traité pathol. ext.*, t. III.
(13) Tumeurs à myéloplaxes (*Thèse Paris*, 1880).
(14) *Thèse Paris*, 1883, *loc. cit.*

rition ; c'est ainsi que la malade de Schmiegelow n'était âgée que de quatorze ans (sarcome médullaire de la cloison), tandis que celui de Mason en avait soixante. Toutefois, si l'on se base sur les faits signalés, on constate que c'est particulièrement de trente à quarante-cinq ans que la maladie paraît être plus fréquente.

Enfin, l'un des caractères qui semble dominer la situation dans l'ensemble symptomatologique des sarcomes des fosses nasales, c'est la rapidité considérable avec laquelle évoluent ces sortes de tumeurs. Leur accroissement est si rapide qu'en l'espace de quelques mois elles arrivent non seulement à combler les fosses nasales tout entières, mais elles envoient des prolongements dans la cavité naso-pharyngienne et dans les cavités accessoires, déformant ou détruisant le squelette cartilagineux ou osseux et produisant des désordres analogues à ceux des polypes dits naso-pharyngiens.

Dès que le néoplasme est assez développé pour remplir la fosse nasale dans laquelle il a pris naissance, soit que le malade en faisant des efforts pour se moucher ou désobstruer sa narine, excorie la surface de la tumeur ; soit que le médecin consulté, en essayant de délimiter la production morbide, produise une érosion ; soit enfin que cette dernière soit un fait naturel du processus morbide, à dater de ce moment on voit survenir des hémorragies fort graves qui appellent l'attention du chirurgien et le forcent à intervenir d'une manière énergique.

Remarquons encore qu'il ne faudrait point compter sur l'apparition des engorgements ganglionnaires pour établir le diagnostic de tumeur maligne, car ces sortes d'infiltrations sont en réalité rarement et même je puis dire *exceptionnellement* observées.

Quant aux autres symptômes, ils sont ceux de toutes les tumeurs des fosses nasales (enchifrènement, nasonnement, modification et exagération des sécrétions, anosmie, etc.). Il me paraît inutile de les signaler ici, puisqu'ils se trouvent longuement décrits dans l'observation qui va suivre.

Obs.—Mme X..., âgée de quarante-trois ans, vient me consulter le 30 juillet 1884, conduite par son médecin traitant, qui désire me faire examiner les fosses nasales de sa cliente, cette dernière, ayant depuis plusieurs mois des épistaxis répétés et parfois assez abondantes.

La malade m'apprend que le 29 novembre 1883, à la suite de veilles prolongées, elle eut dans la journée une petite hémorragie nasale qu'elle attribua d'abord à la fatigue. Depuis cette époque, les hémorragies se renouvelèrent à divers intervalles assez éloignés, s'arrêtant d'elles-mêmes par la formation d'un petit caillot que Mme X... mouchait le lendemain.

Au mois de mai 1884, c'est-à-dire cinq mois environ après la première hémorragie nasale, les saignements de nez survinrent d'une manière plus régulière, se renouvelant plusieurs fois par semaine. La malade se plaignait à son médecin traitant, de moucher des croûtes; elle éprouvait surtout le matin un léger enchifrènement qui lui faisait faire des efforts pour désobstruer s s fosses nasales. Toute la matinée, la sécrétion était épaisse, verdâtre, et le reste de la journée la malade n'éprouvait plus le besoin de se moucher.

Il n'existait aucune sorte de douleur. Les épistaxis ayant toujours continué, son médecin insista vivement auprès d'elle pour qu'elle vînt me consulter, ce qu'elle fit le 30 juillet 1884.

A l'examen rhinoscopique antérieur, je constatai, dans la fosse nasale droite, l'existence d'une petite tumeur, d'aspect rougeâtre, un peu grenue à sa surface, sessile, indolente, mais saignant au moindre attouchement avec la sonde ou même le porte-ouate garni. Elle avait environ le volume d'un noyau de cerise, était un peu aplatie sur son point d'implantation. Ce néoplasme était inséré sur la partie antérieure du cornet moyen, du côté de la cloison des fosses nasales avec laquelle il n'avait contracté *aucune adhérence*.

Je portai alors le diagnostic, qui semblait le plus rationnel, celui d'angiome, et je conseillai la destruction de la production morbide soit avec l'anse galvanique, soit avec des cautérisations ponctuées. La malade effrayée me demanda à

réfléchir et comme il était facile de le prévoir, elle ne revint pas. Elle se rendit alors aux bains de mer, à Biarritz où elle fut traitée pour ses épitaxis devenues plus fréquentes sous l'influence de l'action irritante de l'air de la mer. On prescrivit des injections astringentes avec du tannin, du perchlorure de fer, mais ces divers traitements restèrent sans résultat et la malade dut quitter la station balnéaire sans avoir éprouvé de soulagement.

A cette époque, l'enchifrènement avait à peine augmenté, la sécrétion nasale était à peu près la même, il n'existait aucune douleur sauf une sensation de cuisson et de sécheresse à l'arrière-gorge.

Jusqu'en octobre 1884, les symptômes restèrent les mêmes, mais à partir de ce moment, les épitasxis cessèrent et la malade n'eut aucune hémorrhagie nasale jusqu'au mois de mai 1885, c'est-à-dire pendant une période de près de huit mois. Toutefois, vers le mois de février 1886, la respiration nasale commença à s'effectuer un peu plus difficilement par la narine droite, la malade eut des enchifrènements répétés, la voix commença à prendre un timbre nasonné, et la sécrétion nasale, devenue plus abondante, était aussi plus liquide, muco-purulente, rarement épaisse et concrétée sous la forme de croûtes.

L'odorat était bien conservé, probablement du côté gauche; il n'existait aucune douleur de tête.

A partir du mois de mai, tous ces symptômes allèrent en augmentant d'intensité, au point que bientôt non seulement la respiration par le nez devint impossible par la narine droite, mais aussi par celle de gauche. Les épistaxis reparaissent également fréquentes et très abondantes au point de compromettre la santé de la malade.

Après avoir encore essayé plusieurs traitements anodins, allopathiques et homéopathiques, elle se décida à venir de nouveau me consulter. A cet examen, pratiqué le 20 juillet 1885, soit un an après la première visite, je constatai que toute la fosse nasale droite était remplie par une tumeur d'aspect lisse, unie, rosé, dont la surface

était sillonnée de vaisseaux nombreux et assez développés. Elle était indolente et reposait sur le plancher de la fosse nasale, repoussant le fibro-cartilage de la narine en dehors et ayant dévié le cartilage de la cloison vers la fosse nasale gauche ; d'où la gêne respiratoire bi-latérale.

Le néoplasme était à environ un centimètre de l'orifice externe de la narine. J'essayai alors de délimiter la tumeur avec le stylet mousse pour bien constater l'absence d'adhérence du côté de la cloison, mais à peine l'instrument eut-il été introduit entre ces deux parties qu'un jet de sang s'écoula de la narine et je dus pratiquer un tamponnement solide pour arrêter l'hémorragie. Les jours suivants j'essayai de voir avec le miroir rhinoscopique s'il n'existait aucun prolongement dans la cavité naso-pharyngienne, mais la malade, très sensible, ne me permit point de faire un examen fructueux pas plus par ce moyen qu'avec le toucher.

Je portai alors le diagnostic de tumeur maligne de la fosse nasale droite et proposai encore l'extirpation de la tumeur, opération qui fut arrêtée en principe. A quelques jours de là, je fus mandé en consultation avec mon confrère et ami, le Dr Lande, médecin des hôpitaux, et de nouveau je portais le diagnostic de tumeur maligne, étayant cette manière de voir sur l'aspect de cette tumeur *unique*, rougeâtre, très vasculaire, provoquant des hémorragies spontanées et ayant progressé avec une rapidité que n'ont jamais les simples polypes muqueux avec lesquels il était difficile de la confondre.

La déformation de l'aile du nez et de la cloison, plaidaient encore en faveur de ma manière de voir. Supposant que le néoplasme devait avoir des prolongements vers la cavité naso-pharyngienne et peut-être vers le sinus maxillaire, je proposai l'extirpation, par la voie externe, qui devait permettre d'opérer plus radicalement et de détruire plus sûrement le point d'implantation du néoplasme. Étant donné la rareté des tumeurs malignes primitives des fosses nasales, l'absence de tout antécédent héréditaire, mon confrère fut d'avis de tenter d'abord l'opération, avec l'anse galvanique, et en cas d'insuccès, l'ablation par la voie externe.

Le 10 septembre j'essayai donc, mais en vain, d'enserrer le néoplasme dans l'anse galvanique, c'est à peine si je parvins à en détacher un petit morceau, la sonde en gomme, introduite dans la fosse nasale, me permit de m'assurer que la tumeur s'étendait en arrière et jusque vers le pharynx nasal. L'hémorragie, peu considérable, fut facilement arrêtée avec quelques tampons placés à l'entrée de la narine.

A quelques jours de là, le 19 septembre, nous fîmes, avec les Drs Oré, Dudon et Lande, une nouvelle consultation, dans laquelle je portai encore le diagnostic de tumeur maligne, confirmé cette fois par l'accroissement rapide de la tumeur qui, dans l'espace de huit jours, était venue faire saillie à l'orifice de la narine et dont le morceau enlevé avait macroscopiquement l'aspect de tissu embryonnaire (L'examen histologique n'avait encore pu être fait).

L'opération fut alors décidée et pratiquée le 24 septembre; après avoir fait le tamponnement de la fosse nasale postérieure droite pour éviter l'écoulement de sang en arrière dans les voies aériennes, la malade fut chloroformée.

Une incision verticale, partant de l'angle interne de l'œil droit et venant contourner le fibro-cartilage de la narine au-dessus de la lèvre supérieure, permit de faire basculer les parties molles du nez du côté opposé et de mettre à nu la tumeur que je savais, par un premier examen, insérée sur la partie antérieure du cornet moyen. Après avoir enlevé avec la pince et la cuillère tranchante la partie du néoplasme qui s'offrait à la vue, nous nous assurâmes avec le doigt indicateur qu'il existait en arrière un prolongement, qu'après quelques tentatives il fut assez facile d'extraire tout entier. Le point d'implantation fut convenablement râclé avec la curette et la cuillère tranchante, et dès lors l'écoulement de sang, assez abondant au début, s'arrêta presque tout à coup, la fosse nasale présentait une vaste cavité, mais la cloison était intacte. La partie détachée fut remise en place, maintenue avec quelques points de suture, et le tampon postérieur laissé en place en cas d'hémorragie secondaire.

Les suites de l'opération furent plus simples; après qua-

rante-huit heures, je pus enlever les tampons et je prescrivis l'emploi des irrigations phéniquées pour bien nettoyer les fosses nasales. Depuis cette époque, la malade a continué ses irrigations, qu'elle faisait avec des solutions de résorcine, chloral, acide phénique, puis enfin simplement d'eau alcalinisée.

Les sécrétions, très abondantes, au début, et croûteuses, ont aujourd'hui disparu et l'odorat seul est resté notablement diminué.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis sept mois, je n'ai jamais constaté la moindre trace de récidive ; la fosse nasale est absolument nette et la muqueuse rosée et normale.

L'examen histologique du néoplasme, fait par M. le Dr Ferré, chef des travaux histologiques à la Faculté de médecine de Bordeaux, avant et après l'opération, a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Réflexions. — Si j'ai longuement insisté sur cette observation, c'est qu'il est assez rare, dans la pratique, d'assister au début des affections de cette nature, les malades ne venant généralement nous consulter qu'au moment où le doute n'est quelquefois plus permis. Dans ce cas, ce sont surtout les hémorragies qui ont attiré l'attention de la malade et celle du médecin. Comme dans la plupart des faits relatés il n'existait aucun engorgement ganglionnaire pouvant mettre sur la voie du diagnostic, la malade n'éprouvait même aucune douleur; il est à remarquer que le néoplasme semble avoir suivi un moment d'arrêt dans sa marche progressive, puisque pendant une période de plusieurs mois les hémorragies ont disparu pour reparaître ensuite cependant plus abondantes et plus fréquentes qu'autrefois.

Enfin, ce fait vient encore démontrer l'inutilité et même le danger des demi-mesures : je veux parler des cautérisations dans les cas de tumeurs malignes. En effet, loin d'arrêter la marche du mal, les agents caustiques agissent comme irritants et ils viennent donner un véritable coup de fouet qui active l'accroissement du néoplasme.

Si l'opération par la voie nasale, naturelle, est possible, il est évident qu'elle devra être préférée à la voie externe; mais il ne faut pas oublier que s'il existe des prolongements multiples dans les cavités accessoires, le moyen le plus sûr pour les atteindre est de faire de larges débridements. C'est ainsi que l'on ne devra pas hésiter à réséquer les os, si besoin est, pour détruire le néoplasme tout entier et se mettre ainsi à l'abri des récidives.

A mon avis, l'emploi des pinces et l'arrachement lent et progressif de la tumeur me paraissent constituer le meilleur mode de traitement dans les cas de ce genre. Lorsque la production morbide est bien saisie dans les mors de la pince, il n'est pas rare de voir, sous l'influence de tractions légères et répétées, les prolongements se dégager peu à peu des cavités dans lesquelles ils ont pénétré et la tumeur tout entière être extraite au dehors. Alors seulement on peut racler le point d'implantation avec la curette ou la cuillère tranchante et, au besoin, réséquer le cornet et la cloison si le néoplasme avait contracté des adhérences trop intimes avec toutes ces parties.

Si la tumeur siège du côté de la lame criblée de l'ethmoïde, il sera parfois utile de sectionner la partie supérieure, car, il ne faut point oublier que l'on a vu des prolongements (Thèse de Petit, Paris, 1881) gagner l'intérieur du crâne sans que le malade ait offert pendant la vie le moindre signe pouvant mettre sur la voie de ce diagnostic.

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS DE LA CAISSE DU TYMPAN.

par M. le Dr **MIOT** (1).

Avant de citer quelques cas exceptionnels d'otorrhée, M. Miot expose son opinion sur les divers traitements qu'il met en usage dans sa pratique.

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 27 avril 1886.

Injections. — D'une manière générale, les injections d'eau tiède sont toujours formellement indiquées dans les cas aigus et chroniques, quand il y a une sécrétion purulente abondante et qu'elles sont bien tolérées.

Pendant la période aiguë ou subaiguë, nous préférons les injections au nettoyage à sec, afin d'éviter des frottements susceptibles d'exagérer les douleurs. Elles doivent être peu abondantes et pratiquées avec la plus grande douceur dans les cas de perforation large du tympan. Chez certains malades affectés d'otite moyenne suraiguë, avec périostite et même carie, l'irrigation doit être continuée pendant plusieurs heures; elle agit de la même façon que le traitement hydriatique recommandé par les praticiens allemands. Les injections ont peu d'utilité pendant les périodes subaiguë et chronique, lorsque la suppuration n'est pas abondante. Cependant, on peut encore y avoir recours, le matin, pour mieux désagréger et chasser au dehors les produits de sécrétion accumulés dans l'oreille pendant la nuit. Nous employons pour les injections une solution de bicarbonate de soude à 1/100 et trois appareils suivant les cas : le syphon d'Itard ou l'irrigateur aiguisier ou l'injecteur à deux boules dont une en métal.

Dès que l'état de l'oreille le permet, on y introduit un bourdonnet de coton absorbant, pour enlever le liquide qui peut y être renfermé, avant de pratiquer l'instillation.

Les nombreuses solutions employées dans le traitement de l'otorrhée n'ont pas toutes une action énergique. Nous n'avons pas l'intention d'en faire une énumération fastidieuse; nous nous bornerons à attirer l'attention sur celles qui nous ont donné les résultats les plus favorables et à dire que les meilleurs antiseptiques ne sont pas toujours ceux dont l'action est la plus efficace.

Les solutions émollientes ou calmantes sont aqueuses et employées pendant la période aiguë du catarrhe purulent et les états aigus qui surviennent dans le cours du

catarrhe chronique. Nous donnons la préférence à la décoction forte de tête de pavot, additionnée de 1 gramme d'acide borique par 100 grammes de décoction, afin d'en retarder la décomposition.

La solution de cocaïne de 1/50 à 1/20 calme rapidement la douleur dans la plupart des cas, mais elle augmente parfois la congestion des parties hypérémiées, en paralysant trop longtemps les rameaux nerveux, et il est important d'en surveiller l'action. Nous passons sous silence son action toxique.

Solutions astringentes, antiseptiques, etc. — Nous préférons les solutions dans la glycérine pure ou neutre à toutes les autres, parce qu'elles s'altèrent très difficilement et sont bien tolérées par la muqueuse de la caisse. Telles sont celles de :

1° Borax.....	1 à 3 gr./30
2° Sous-acétade de plomb liquide.	
3° Sulfate d'alumine	1 à 2 gr./30
3° Créosote.....	1 gr./30
Alcool	2 gr.
4° Acide phénique crist.....	3 à 30 gr./30 (formule de Ménière).

avec ou sans chloral, en proportions variables.

5° L'eau oxygénée à 7 vol. (formule du Dr Baldy), mélangée à 3, 5 ou 10 parties d'eau.

Solutions caustiques. — Nous employons seulement en instillations la solution aqueuse de nitrate d'argent de 1/20 à 1/3 ou celle d'acide chromique de 1/15 à 1/3. Pour toucher les surfaces malades nous nous servons des solutions de nitrate d'argent de 1/10 à 1/2, d'acide chromique de 1/3 à saturation, de solution alcoolique saturée d'acide phénique cristallisé. Dans un grand nombre de cas nous leur préférons le galvano-cautère.

Les poudres médicamenteuses qui nous paraissent avoir le plus d'efficacité sont celles d'acide borique, d'iodoforme, de sulfophénate de zinc, de sucre candi, seules

ou bien mélangées entre elles avec du sucre ou de la magnésie, etc. La poudre de sucre déterge bien les surfaces malades recouvertes de granulations fines ou moyennes. De plus elle forme, en se dissolvant, une couche protectrice. Dans les mêmes cas on peut aussi faire usage de l'acide borique. L'iodoforme, le sulfophénate de zinc, sont plutôt réservés pour les malades strumeux dont la muqueuse bourgeonne facilement et devient fongueuse. On doit avoir soin de cesser l'emploi de l'iodoforme aussitôt qu'il exerce une action trop vive sur les tissus ou produit un état saburral des voies digestives, effet fréquent au bout de quelque temps.

Moyens indirects. — Les émissions sanguines locales calment très rapidement la douleur, même quand elles sont peu abondantes, et me paraissent supérieures, par la rapidité de leur action, au traitement hydriatique local. Elles sont obtenues au moyen de sangsues appliquées aux lieux d'élection, c'est-à-dire au niveau de l'apophyse mastoïde et du tragus. Une sangsue ou deux chez les enfants, 3 ou 4 chez les adultes, diminuent l'hypérémie sans affaiblir le malade. Nous pourrions citer des exemples multiples à l'appui de notre opinion Nous nous contenterons de l'observation suivante : Il y a plusieurs années on nous a appelé auprès d'une dame atteinte d'otite moyenne purulente droite, avec rougeur et gonflement appréciable des tissus mous de la région mastoïdienne, très sensible à une pression digitale, même modérée. Cette malade souffrait horriblement depuis plusieurs jours et passait des nuits sans sommeil. Au bout de quelques semaines, elle tomba dans un état d'abattement et de prostration qui inquiéta vivement les personnes de son entourage. On avait employé bien des médications lors de notre première visite. Quoique la malade fût très faible, nous proposâmes l'application de deux sangsues derrière l'oreille, mais notre avis ne prévalut pas. Après avoir essayé plusieurs traitements sans succès,

les sangsues furent enfin appliquées. Malgré l'état de faiblesse de la malade, l'écoulement sanguin fit cesser les douleurs et ramena un calme à peu près complet en 48 heures. Quelques jours après, sous l'influence des moyens locaux déjà employés sans succès, la suppuration avait diminué d'une manière sensible et bientôt elle cessait pour ne plus revenir.

Les applications chaudes sur l'oreille et les régions voisines ont été reconnues par Itard et d'autres praticiens comme produisant d'excellents résultats. Elles ont, en effet, une action énergique dans quelques cas bien déterminés et nous ne sommes pas de l'avis de ceux qui en proscrivent l'usage parce qu'elles favorisent la fonte purulente des tissus. Elles sont parfaitement indiquées quand, à la suite d'une suppression brusque d'un écoulement par le froid, ou sous l'action d'une solution astringente trop concentrée, il est survenu une inflammation vive et de fortes douleurs. Nous n'avons jamais regretté d'y avoir eu recours dans ces deux cas particuliers.

Nous prescrivons les révulsifs cutanés sur la région mastoïdienne, et à peu près exclusivement le vésicatoire volant, toutes les fois qu'il y a un écoulement fétide coexistant avec des granulations du conduit ou de la caisse du tympan repullulant avec facilité. Nous n'hésitons pas à en faire appliquer plusieurs de suite (vésicatoires coup sur coup) sur le même point, ou alternativement derrière chaque oreille, si les d ux suppurent. Le vésicatoire n'est pas petit et arrondi, comme d'habitude. Il a la forme de la région, et se prolonge environ à deux travers de doigt, quelquefois moins, au-dessous du lobule. Nous les avons conseillés, à un grand nombre d'enfants strumeux, chez lesquels l'écoulement était très abondant, fétide, entretenu et augmenté par des granulations que des traitements variés (scarifications, écrasement, cautérisations, astringents) n'avaient pu modifier. L'inflammation est aussitôt devenue moins vive, les granulations ont pâli, diminué peu à peu, et l'écoulement a cessé

assez vite sous l'influence des mêmes moyens locaux employés auparavant sans résultat. L'écoulement augmente presque toujours pendant les 2 à 5 jours qui suivent l'application du vésicatoire, puis diminue. Cette recrudescence dépend évidemment de la congestion plus vive de la muqueuse et probablement d'un certain degré d'inflammation cantharidienne. L'hypérémie provoquée est salutaire dans la plupart des cas. Très exceptionnellement elle peut présenter des inconvénients. Ainsi chez deux enfants : un garçon de 7 ans et une petite fille de 5 ans, nous avons vu survenir une paralysie faciale du côté traité. Il faut ajouter que cette paralysie guérit spontanément chez l'un au bout de 15 jours et chez l'autre au bout de 22 jours. L'action du vésicatoire est beaucoup moins énergique chez l'adulte.

La teinture d'iode, le galvano ou le thermo-cautère appliqués sur la région mastoïdienne nous ont aussi donné de bons résultats, chez les enfants principalement. Nous aimons mieux employer dans les cas ordinaires la teinture d'iode parce qu'elle inspire moins de craintes que les cautères actuels.

Si ces liquides ne donnent pas un résultat avantageux, au bout de quelques semaines, nous n'hésitons pas à employer des injections d'iodure ou de nitrate d'argent en solution de 1/40 à 1/20, en prenant soin de neutraliser le caustique en excès et de chasser de la caisse le chlorure d'argent qui agirait comme un irritant énergique. Dans l'intervalle des pansements, on pratique des insufflations d'air, des lavages à l'eau alcaline, matin et soir. En répétant ainsi les injections caustiques, en les alternant avec les astringents, les antiseptiques, et en employant des résulsifs énergiques sur l'apophyse mastoïde, on parvient à tarir des écoulements durant depuis très longtemps et ayant résisté à des traitements divers.

Cinquième catégorie. — Chez les malades de la cinquième catégorie, le tympan présente une perforation ou deux

permettant d'introduire facilement un stylet dans la caisse et de sentir parfois un séquestre ou une partie cariée tombée dans cette cavité. Nous avons souvent, dans ces cas, pu constater la présence de parties mobiles devenues de véritables corps étrangers renfermés dans l'oreille moyenne C'est dans la cinquième catégorie que nous plaçons un malade affecté d'un écoulement depuis plusieurs années. Son tympan gauche présentait, dans sa partie moyenne, une perforation arrondie de 2 millimètres de largeur environ. Au-dessous de celle-ci en existait une autre ayant à peu près les mêmes dimensions. Après avoir exploré la caisse de la manière indiquée ci-dessus, il fut possible de sentir un séquestre mobile, dans cette caisse. La partie de membrane séparant les deux perforations fut incisée et nous pûmes extraire, avec un crochet, la plus grande partie du limaçon. L'observation est déjà ancienne, puisqu'elle a été publiée dans la thèse d'un de nos élèves, le Dr Rey (thèse de Paris, 1875), mais elle n'en est pas moins intéressante.

Traitement général. — Avec quelques auteurs et contrairement à un grand nombre de praticiens, nous pensons que la suppuration de la caisse sans complications osseuses, peut être guérie, dans la plupart des cas, par une médication locale. Le traitement général n'est véritablement utile que pour modifier l'état diathésique du sujet, empêcher les récidives ou les rendre moins fréquentes.

Quant au traitement des parties voisines, des organes ou des régions exerçant une action sur l'oreille, il nous paraît indiqué, d'une manière absolue.

La suppuration de la caisse du tympan doit être considérée à l'état aigu et à l'état chronique. Il faut modifier l'état aigu le plus promptement possible par la méthode antiphlogistique, qui donne des résultats rapides, si elle est employée judicieusement et en temps utile.

Quand la perforation est étroite, il arrive souvent que le processus inflammatoire diminue peu à peu sous l'influence du traitement ordinaire employé en pareil cas. Au contraire, si l'écoulement persiste, avec des exacerbations plus ou moins fréquentes, il ne faut pas hésiter à élargir beaucoup l'ouverture au moyen d'un bistouri, afin de faciliter l'écoulement du pus. Dans quelques cas, il vaut mieux employer le galvano-cautère, si l'on veut obtenir un orifice béant permettant l'introduction facile des liquides médicamenteux dans la caisse.

A l'état chronique, la perforation tympanique ayant une certaine largeur, plusieurs états pathologiques peuvent se présenter.

Dans les cas d'otite moyenne suppurée simple, sans tuméfaction considérable de la muqueuse, nous employons les solutions de borax, de sous-acétate de plomb, de sulfate d'alumine en instillations et de l'acide borique en poudre, dès que l'écoulement est faible.

Lorsque la muqueuse est plus épaissie, il faut préférer les mêmes solutions associées au chloral, en ayant soin d'alterner leur emploi tous les 8 ou 10 jours. Quand le moment est venu d'employer l'acide borique en poudre, on fait comme précédemment un pansement par occlusion avec cet acide en poudre qui est renouvelé selon le besoin. Dans les cas de granulations fines ou moyennes, développées à la surface du conduit, du tympan ou de la caisse, on pratique de légères scarificatious et des instillations de solution caustique, en prenant toutes les précautions nécessaires. Dans l'intervalle, on a recours aux lavages à l'eau alcaline, s'il le faut, aux instillations de borax, d'acide borique, de résorcine, et l'on termine comme toujours le traitement par des pansements à l'acide borique ou à l'iodoforme.

Les granulations un peu grosses ou les polypes doivent être enlevés le plus promptement possible par section ou par écrasement. Quelques heures après, ou le lendemain, on les cautérise avec l'acide chromique, l'acide phénique,

le nitrate d'argent ou le galvano-cautère, suivant l'effet qn'on veut obtenir. Dans l'intervalle des cautérisations, faites tous les 2 à 10 jours, on emploie les instillations indiquées précédemment et, quand il n'y a plus qu'un suintement, un pansement par occlusion.

A l'état chronique, la perforation peut être étroite et intéresser différents points. Nous nous occuperons seulement de quelques cas tout à fait spéciaux que nous diviserons en plusieurs catégories.

Première catégorie. — Chez les malades de cette catégorie, la suppuration datait d'un assez grand nombre d'années et ne s'était pas tarie malgré des traitements rationnels et prolongés. Nous redoutions naturellement l'existence d'un séquestre ou de bourgeons charnus entretenant l'écoulement. Cependant, comme rien n'indiquait leur présence, avant de nous décider à employer certaines substances comme l'acide sulfureux, recommandé par Andeer dans le traitement des lésions osseuses, nous prescrivîmes un des meilleurs astringents qui existent et des mieux supportés par l'oreille : le sulfate d'alumine associé au chloral. L'écoulement fut tari en quelques jours. Ces faits prouvent que cet astringent a souvent une action énergique et qu'il est utile de changer la substance médicamenteuse toutes les fois qu'elle est employée depuis un certain temps.

Deuxième catégorie. — Il existe un écoulement ancien et il y a sur les lèvres de la perforation une masse polypiforme, parfois de petits bourgeons charnus qu'il suffit de faire disparaître pour que l'écoulement cesse au bout de quelques jours, sous l'influence d'instillations astringentes, lorsqu'on pouvait supposer que le catarrhe purulent serait de longue durée.

Troisième catégorie. — Chez les malades de cette catégorie le néoplasme formé dans la caisse a franchi la perforation et s'est développé dans le conduit. Après avoir

enlevé toutes les parties situées en dehors du tympan et cautérisé de plusieurs manières celles qui sont renfermées dans la caisse, on les voit croître de nouveau, malgré plusieurs applications de galvano-cautère. On obtient un effet parfois plus énergique avec l'acide phénique cristallisé, moins bon avec l'acide chromique, mais les masses détruites se reforment. L'alcool employé en instillations, suivant les indications de Politzer, n'est pas efficace, probablement parce qu'il ne pénètre pas suffisamment dans la caisse. Alors il faut agrandir la perforation avec le galvano-cautère, pour pouvoir détruire le néoplasme. Sans cela, il est bien difficile d'obtenir une guérison qui survient assez rapidement, en agissant comme nous venons de l'indiquer.

Quatrième catégorie. — Chez les malades de cette catégorie, non seulement la membrane de Schrappnell est détruite ainsi que les parties voisines, mais souvent aussi les cellules de la paroi inférieure de la portion osseuse du conduit attenant à la caisse ont disparu. Il y a une suppuration des plus fétides. Lorsqu'un traitement a déjà été suivi sans résultat, nous pratiquons l'exploration suivante. Un stylet mousse, fin et flexible, est introduit dans la caisse et dirigé autant que possible dans tous les sens. On ne constate point la présence de parties cariées ni de productions polypiformes, mais seulement celle d'une masse purulente, molle, très odorante, ressemblant assez bien à la matière ramollie du tubercule et encombrant la caisse. Cette masse ne pouvant pas être extraite facilement de la caisse, nous faisons à la partie inférieure du tympan une contre-ouverture large de 2 à 3 millimètres, avec le galvano-cautère. Ce qui nous permet, non seulement d'explorer plus complètement la caisse avec le stylet, mais d'y injecter de l'eau alcaline, puis un liquide antiseptique, particulièrement un des suivants, matin et soir, en ayant soin d'augmenter ou de diminuer les doses, selon les indications.

N° 1

Teinture d'iode pure	4 gr.
Eau distillée	40 gr.
Iodure de potassium	1 gr.
Alc. rectifié	2 gr.

N° 2

Sulfate d'alumine	1 gr.
Eau distillée	40 gr
Hydrate de chloral pur	0 gr. 30

N° 3

Acide phénique cristallisé	3 gr.
Glycérine pure	30 gr.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

8me Congrès annuel tenu à Philadelphie les 27, 28, 29 mai 1886, par le Dr Bryson-Delavan de New-York.

Traduit de l'Anglais, par le Dr Charazac de Toulouse.

1er jour. — 27 mai.

Le Dr Harrison Allen, président, déclare la session ouverte et après avoir adressé à ses confrères quelques paroles de bienvenue, fait une communication sur **deux cas de végétations adénoïdes de la voûte palatine ayant présenté des particularités peu ordinaires** (*Two cases of adenoid disease of the roof of the pharynx which exhibited unusual features.*)

Il rapporte les observations suivantes qui présentent un certain intérêt:

1er cas. — A. B., âgé de 5 ans, très débilité, sans appétit, digérant fort mal, vient consulter l'auteur à la fin de janvier 1884.

Il existait une irritation considérable qui se manifestait à la moindre tentative pour déprimer de la langue. Les narines

étaient remplies de mucosités qui s'écoulaient aussi en partie dans la gorge.

La respiration pendant le jour se faisait assez facilement, mais elle était très gênée la nuit. Pendant le sommeil, après trois ou quatre inspirations, la respiration cessait et l'enfant était obligé d'ouvrir la bouche et de faire de violents efforts pour respirer. Il s'éveillait alors et faisait une inspiration forcée. S'il s'endormait de nouveau, les mêmes phénomènes se reproduisaient et la nuit s'écoulait ainsi. A ces symptômes se joignaient parfois des accès de pleurs et de vomissements. Au cours d'une attaque de coqueluche les symptômes devinrent plus intenses et s'accompagnaient de battements du cœur irréguliers.

On porte le diagnostic : végétations adénoïdes accompagnées de symptômes réflexes peu habituels. Le 29 janvier, après anesthésie par l'éther, on tente d'enlever le tissu adénoïde. On essaye d'abord de l'arracher avec le doigt, mais cette tentative arrête la respiration. On s'efforce alors de saisir la tumeur avec un instrument passé par les fosses nasales, mais au bout de quelques instants le malade présente des symptômes de dépression et l'opération est suspendue. Le pharynx fut ensuite cautérisé au fer rouge. Pendant les cinq semaines qui suivirent, on fit des applications d'iode et de glycérine, mais il ne se produisit aucune amélioration de la respiration pendant la nuit.

Le malade est de nouveau éthérisé et le pharynx est absolument débarrassé. Soupçonnant que les amygdales peuvent être la cause de la gêne respiratoire, on les excise en partie. Aucune amélioration ne se produit.

On fait une troisième tentative pour découvrir la cause de cette gêne respiratoire et l'on acquiert la certitude que les fosses nasales sont libres. Un examen attentif révèle que pendant le sommeil la langue de l'enfant est rejetée en arrière et que c'est là la cause principale de la gêne de la respiration. On recommande alors de faire pencher en avant la tête de l'enfant quand surviennent ces attaques. Du moment que l'enfant a cette position, il tombe dans un profond

sommeil. On prend alors des mesures pour que pendant la nuit tout entière, le malade soit surveillé de façon qu'il ne puisse rejeter sa langue en arrière. Cette surveillance a continué jusqu'à ce jour. — L'enfant préfère se coucher sur le côté, mais quand l'attaque survient, il se retourne sur la face sans s'éveiller.

C'est maintenant un enfant vigoureux et plein de santé.

2me *cas.* — Jeune fille de 6 ans. Excessive irritabilité du pharynx. Elle a été opérée par d'autres chirurgiens à deux reprises différentes et on a tenté d'enlever le tissu morbide. La malade est éthérisée avec beaucoup de soin et l'on constate que le pharynx nasal est beaucoup plus petit qu'à l'état normal et fortement arqué. La partie postérieure de la voûte présente du tissu adénoïde dont on enlève une partie avec le serre-nœud galvanique introduit par les fosses nasales. Le reste est sectionné avec des ciseaux.

Une amélioration se produit dans l'état de la malade et deux semaines plus tard après anesthésie par l'éther on s'assure que tous les nodules ont été enlevés, mais on constate que la muqueuse très épaissie tend à obstruer le passage de l'air. On la cautérise en différentes places. On ne fit aucune autre tentative pour amener la réduction de la muqueuse. On prescrit un traitement général, comme dans les cas de perversion dans la nutrition du système osseux. Applications locales d'iode et de glycérine : sous l'influence de ce traitement, une amélioration progressive se produisit dans la respiration nasale et la malade à l'heure actuelle paraît complètement guérie.

Le Dr F. H. Hooper de Boston dit n'avoir rencontré qu'un seul cas dans lequel l'ablation des végétations adénoïdes s'est accompagnée d'accident. Il s'agissait d'une petite fille de 8 ans, nerveuse et très précoce. La respiration nasale était gênée et l'articulation défectueuse depuis l'âge de trois ans, l'audition aussi était très diminuée. On constate une quantité considérable de tissus adénoïdes. A la suite de l'opération survint une amélioration considérable de la respi-

ration et de la déglutition, l'audition revint sous l'influence de la douche de Politzer. A partir de ce moment, elle devint plus nerveuse. Peu de temps après le retour de l'ouïe on vit apparaître les symptômes de la chorée qui allèrent en s'aggravant de plus en plus. La parole à son tour devint défectueuse, et dans l'espace d'un mois il lui fut impossible de parler. La chorée prit une forme excessivement grave; la malade avait absolument perdu le sommeil. On fit usage sans résultats de différents remèdes. En désespoir de cause, on songea à employer l'*urethan*. Sous l'influence de ce médicament le sommeil revint. A partir de ce jour l'état de la malade a continué à s'améliorer et à l'heure actuelle la chorée a entièrement disparu.

Le Dr E. L. Shurly de Détroit insiste sur le danger que l'on court de voir l'éther prendre feu lorsqu'on en fait usage comme anesthésique. Dans les cas de ce genre il emploie toujours le chloroforme.

Le Dr S. W. Langmaid de Boston fait observer que l'interruption de la respiration est une particularité importante. Dans un cas par lui observé, il s'écoulait un intervalle de trente-cinq secondes entre les respirations. Dans ce cas la gêne respiratoire disparaissait en faisant tenir le malade sur ses mains et ses genoux; ce qui correspond au cas rapporté par le Dr Allen. Il existait soit une chute de la langue en arrière, soit une *inhibition* (inhibitory action) du centre respiratoire. L'ablation de la tumeur fit disparaître l'interruption de la respiration.

Le Dr C. Seiler parle de l'effet des végétations adénoïdes sur la voix chantée. Bosworth de New-York a appelé l'attention sur ce fait qu'on pouvait tirer sur la voûte du pharynx différentes lignes correspondant aux différentes notes du registre. Un gonflement en certains points empêche la production de certaine note. Seiler a observé récemment un cas de ce genre. Une jeune femme ne pouvait donner les notes élevées. Il constata une petite végétation adénoïde

qu'il enleva avec les doigts. Elle peut à l'heure actuelle donner sans peine n'importe quelle note.

Le Dr Harrison Allen, pour clore la discussion, dit que le cas du Dr Hooper montre avec évidence comment les végétations adénoïdes peuvent affecter l'organisme tout entier. Quant à ce qui concerne l'emploi de l'éther, il n'est pas à l'abri de tout danger, mais en éventant le malade avant d'approcher le cautère on dissipe la vapeur d'éther et on peut opérer sans difficulté. Il n'emploie pas le chloroforme à cause de ses effets dépressifs sur le cœur. L'observation du Dr Langmaid se rapproche de la sienne par ce fait que le changement de position du malade diminuait la gêne respiratoire. Dans un cas semblable à celui rapporté par Seiler, un malade, après l'ablation du tissu adénoïde, bien que pouvant émettre, avec facilité, les notes élevées, se plaignait d'éprouver la sensation d'une large cavité au point où la masse avait été enlevée.

Le Dr J. Solis Cohen lit un travail du prof. Ramon de La Sota y Lastra ayant pour titre : **Lupus de la gorge** (*Lupus of the throat*).

L'auteur insiste sur les difficultés que présente le diagnostic dans certains cas de ce genre, et rapporte à l'appui l'observation suivante : Il fut, en 1884, consulté par un de ses confrères pour une affection de la gorge. Le malade était très amaigri, avait perdu ses forces et son visage avait une teinte cachectique. Les symptômes du côté de la gorge avaient commencé un an auparavant. Il lui était impossible d'avaler autre chose que du lait et du bouillon. La langue était couverte de psoriasis. La muqueuse du pharynx était hypertrophiée et de couleur rouge vineux. On voyait sur l'amygdale droite une ulcération qui s'étendait de la fossette pyriforme jusqu'à la portion médiane de la luette. Les bords étaient rouges et gonflés, sa surface saillante et irrégulière, de consistance dure et élastique. La palpation détermine une certaine douleur, mais pas d'hémorragie. Il n'éprouve aucune gêne pour parler ou tousser. Les liquides sont avalés sans difficulté. La respiration

est libre. Les glandes sous-maxillaires gonflées. Le malade a eu des rhumatismes, pas de syphilis. Il croit avoir un épithélioma. C'est aussi l'opinion du médecin qui l'a soigné. On essaye de la médication antisyphilitique, elle donne de mauvais résultats et l'on est obligé de l'abandonner. On administre alors du fer et des amers et les aliments qu'il peut prendre. On reprend le traitement spécifique, mais la lésion locale prend un si mauvais aspect, qu'on doit l'abandonner de nouveau. L'ulcération ne s'accompagnant d'aucune douleur, l'auteur commença à douter de sa nature spécifique. Il prescrit l'arséniate de soude à doses progressives, un gargarisme à la résorcine et l'iodoforme, pour saupoudrer les surfaces ulcérées, préalablement lavées avec une solution de borax. Pendant un mois, l'ulcération continua à s'étendre, et lorsque tout espoir était perdu elle cessa de progresser et l'on vit apparaître des bourgeons charnus de bonne nature. Au bout de trois mois la cicatrisation était complète. Il y a maintenant neuf mois que l'ulcération est guérie. Ce résultat fait porter à l'auteur le diagnostic de lupus.

Le lupus peut débuter à tout âge. Mais on l'observe plus fréquemment chez l'enfant et chez l'homme, que chez la femme. L'auteur n'a pu obtenir de renseignements pour ce qui concerne l'hérédité. Les alcooliques et les grands fumeurs ne paraissent pas plus portés que d'autres à contracter la maladie, il n'a pas constaté non plus que l'abus de la voix ou l'exposition à l'action des poussières irritantes, les applicatious du cautère ou autres d'autres agents aient une influence sur sa production.

L'auteur n'a jamais observé le lupus au début, mais il a pu suivre le développement de la maladie sur des tissus sains. Parfois la muqueuse prend une coloration pourprée, se gonfle et devient granuleuse; on voit paraître alors un ou deux nodules qui peuvent se développer et atteindre le volume d'un pois. Ils deviennent parfois saillants sans qu'il existe d'altération apparente de la muqueuse. Ils peuvent rester superficiels ou attaquer les couches profondes de la muqueuse et aussi le tissu sous-muqueux. Leur forme est arrondié, leur surface lisse.

Ces nodules se distinguent par leur coloration rouge rosée des tumeurs lépreuses. Ils sont ordinairement tout à fait distincts des carcinomes. A la pression ils présentent une consistance élastique. Plus durs que le tissu inflammatoire, ils le sont moins que le noyau épithéliomateux. Les parties sur lesquelles ils se développent deviennent rigides, leurs mouvements naturels sont diminués ou abolis. Contrairement au carcinome qui produit d'ordinaire de vives douleurs lancinantes, et à la lèpre qui s'accompagne généralement d'anesthésie, il n'existe dans le lupus aucun trouble de la sensibilité. Après un laps de temps plus ou moins long, les tubercules se ramollissent et s'ulcèrent. L'ulcération affecte deux formes. Dans certains cas la tumeur se creuse et il se forme une excavation très profonde ; dans d'autres l'ulcération est superficielle. Ces ulcérations ne saignent pas à la pression. La guérison est difficile, et se produit par la formation de cicatrice. Parfois les ulcérations se développent lentement, d'autres fois elles se produisent avec une rapidité effrayante. La guérison de l'ulcération est suivie de la formation d'une cicatrice saillante par place, déprimée en d'autres, rouge au début, blanche plus tard. Il se forme des adhérences. La cicatrisation se fait lentement, elle se détruit facilement. L'infiltration persiste toujours.

La guérison du lupus de la gorge est plus difficile que celui la peau. Le même traitement peut cependant lui être appliqué et rendre des services. L'auteur emploie le traitement que comporte l'état général du malade. Le traitement général a une influence considérable sur le résultat du traitement topique. Si le lupus n'est pas ulcéré, on peut appliquer des caustiques. Jusqu'à ces derniers temps, l'auteur a fait usage de la teinture d'iode, mais il a obtenu depuis de bons résultats de l'acide lactique qui a cependant l'inconvénient d'être douloureux plus ou moins suivant les cas. S'il existe des ulcérations, il emploie quelquefois l'acide lactique, plus fréquemment des lotions au borax; il saupoudre ensuite d'iodoforme les parties ulcérées. Il prescrit toujours en gargarisme une solution de résorcine à un pour cent. Les malades traités de cette façon guérissent toujours après un temps plus ou moins long. Dans

quelques cas la guérison est plutôt le résultat de la marche naturelle de la maladie, que des moyens thérapeutiques employés.

M. le prof. Joseph Leidy, de Philadelphie, sur l'invitation de l'assemblée, fait quelques remarques sur certains points intéressants concernant l'anatomie du larynx.

Il s'occupe d'abord de l'orifice du larynx. Cet orifice, qui communique avec le pharynx, constitue une ouverture large, oblique, limitée en haut par le sommet de l'épiglotte et sur les côtés par les replis ary-épiglottiques. La partie inférieure est formée par l'échancrure des aryténoïdes. Latéralement de chaque côté, sur un larynx frais, on constate deux saillies : tout à fait marquées, les unes supérieures, les autres inférieures. Les deux supérieures sont formées par des caroncules du larynx qui se trouvent au sommet des aryténoïdes. Les traités d'anatomie font observer qu'immédiatement au-dessous de celles-ci on trouve une autre paire de cartilages : les cartilages de Wrisberg. L'auteur a rarement rencontré ces cartilages bien développés dans la race blanche. Lorsqu'il existe une saillie chez les blancs, elle est formée d'ordinaire par un groupe de glandes au milieu desquelles on trouve souvent un petit cartilage. Chez les nègres les cartilages de Wrisberg sont remarquablement développés. Le fait au reste avait été déjà constaté par des observateurs européens.

L'auteur s'occupe ensuite des cordes vocales comme on les appelle ordinairement. On les décrit comme deux ligaments élastiques partant de l'angle rentrant du thyroïde et s'étendant directement en arrière et en haut pour s'attacher à l'apophyse vocale du cartilage aryténoïde. Entre ces cordes se trouve la portion la plus étroite du larynx, ou orifice glottique. Si les physiologistes ont raison d'employer la dénomination de cordes vocales, les anatomistes ont tort de s'en servir. Ces bandes sont ordinairement considérées comme formant les ligaments thyro-aryténoïdiens inférieurs. Il existe encore un autre ligament qui part en avant entre le

cricoïde et le thyroïde et s'étend en arrière jusqu'à la base des aryténoïdes. C'est le ligament crico-thyroïdien moyen. Il est en rapport avec le bord supérieur de ce qu'on appelle les cordes vocales, et c'est là un rapport très important. En effet, s'il se produit une fracture du cricoïde, il peut troubler l'action des cordes vocales, car les membranes vocales s'attachent au bord inférieur du cricoïde au moins autant qu'au bord supérieur du thyroïde.

D'autre part, les muscles qui s'insèrent sur les aryténoïdes agissent sur les cordes vocales. Ces muscles sont innervés par le larynx inférieur. Un autre muscle qui peut agir aussi dans les mouvements des cordes vocales, c'est le crico-thyroïdien. Ce dernier est innervé par le nerf laryngé inférieur. On n'a jamais expliqué d'une manière satisfaisante pourquoi ce muscle est innervé par un nerf différent. Les muscles qui agissent sur les aryténoïdes sont les crico-aryténoïdien postérieurs, les crico-aryténoïdiens latéraux et l'aryténoïdien. Ces muscles suffisent à produire tous les mouvements des cordes vocales. On en a décrit d'autres (aryténo-épiglottique et thyro-épiglottique), mais leur développement est tout à fait incertain.

A propos de l'insertion du crico-aryténoïdien postérieur, M. Leidy fait observer que ce muscle, au lieu de s'insérer sur toute la surface latérale postérieure de l'aryténoïde, s'insère simplement sur la portion la plus éloignée. M. Leidy montre des préparations mettant en lumière ces différents points. Des remerciements lui sont ensuite votés par l'assemblée pour son intéressante communication.

Le Dr J. Solis Cohen a observé que les cartilages cunéiformes étaient très bien développés chez ceux qui savent le mieux manier leur voix (have the best control over the voice). Il le considère comme jouant le rôle de support pour les bandes ventriculaires qu'ils supportent comme des baleines soutiennent le tissu d'une ombrelle. Les rapports qui existent entre la membrane crico-thyroïdienne et les cordes vocales sont très intéressants. Il existe deux formes de paralysie du

larynx qui présentent absolument le même aspect. La première est la paralysie du thyro-aryténoïdien qui donne la « paralysie en arc Indien » (Indian bow paralysis) des Allemands. La seconde est la paralysie du crico-thyroïdien; elle donne absolument la même image laryngoscopique. On peut la distinguer en plaçant l'index sur la membrane crico-thyroïdienne. Si la membrane vibre lorsque le malade parle, le crico-thyroïdien n'est pas paralysé. Pour ce qui concerne l'action du muscle crico-thyroïdien, M. J. Solis Cohen a remarqué que dans la phonation le thyroïde est fixé et que lorsqu'on fait un effort pour émettre des notes élevées le cricoïde est tiré en haut par ce muscle. Le crico-thyroïdien non seulement sépare les cordes vocales, mais encore augmente la tension qui leur a été donnée par les autres muscles.

Le Dr F. I. Knight de Boston estime que la démonstration des attaches des cordes vocales au cricoïde résout le problème de l'aphonie qui survient après la laryngotomie. Quand l'opération a été limitée au thyroïde, la voix n'est généralement pas altérée, tandis que lorsque le cricoïde a été le siège de l'opération, la voix est toujours abolie.

Le Dr F. H. Hooper de Boston, il y a peu de temps, a eu l'occasion d'observer un Irlandais, âgé de cinquante ans, chez qui les cartilages de Vrisberg étaient énormément développés. Son larynx ressemblait beaucoup à celui du chien. Chez le chien, un muscle s'insère sur ces cartilages, qui correspond à ce que nous pourrions appeler le dilatateur des replis ary-épiglottiques chez l'homme. Si l'on excite ce muscle chez le chien, le cartilage exécute un mouvement de rotation en dehors. Le Dr Hooper est de l'avis du Dr Cohen au sujet de l'action du muscle crico-thyroïdien.

Le Dr Leidy est heureux d'avoir entendu l'explication donnée au sujet de l'action du crico-thyroïdien dans la production du son. Il la croit tout à fait satisfaisante.

Le Dr J. N. Mackenzie de Baltimore présente un instrument pour fracturer *la cloison des fosses nasales*.

Le Dr Seiler montre les instruments dont il a fait usage pour faire des *sections de têtes congelées*. Il présente les sections faites avec cet instrument.

Le Dr Sajous de Philadelphie, présente un *manche galvano-caustique* dans lequel les fils et les électrodes sont assujettis sans qu'il soit nécessaire de faire usage de vis.

Le Dr J. Hartman de Baltimore, montre une forme d'écraseur avec des extrémités de différentes formes qui permettent de s'en servir pour différents usages.

Séance de l'après-midi.

Le Dr F. H. Hooper de Boston fait une communication sur **les positions des cordes vocales paralysées** (*concerning the positions of paralyzed vocal bands*).

Ce travail, en partie basé sur les expériences faites au laboratoire de physiologie de l'école de médecine de Harvard, est en partie théorique. Le but de l'auteur a été de rechercher quelles influence peuvent entrer en jeu pour déterminer la position des cordes vocales paralysées et si l'on est toujours autorisé à conclure que telle position affectée par la corde vocale immobile correspond toujours à la paralysie d'un muscle donné, ou d'un groupe musculaire intrinsèque du larynx. L'auteur pense que la corde vocale peut prendre diverses positions dans les cas de paralysie complète du récurrent et il passe en revue certains facteurs anatomiques et certaines causes physiques qui peuvent contribuer à donner telle ou telle position à la corde vocale, que l'on constate à l'aide du miroir laryngien.

Le Dr Hooper termine en disant qu'à son avis le larynx est un organe si compliqué, sujet à de si grands changements aux différentes époques de la vie, de forme si diverse chez les divers individus, les nerfs qui l'animent si nombreux, la disposition des muscles si susceptible d'anomalie, que l'on ne peut formuler de théories basées sur les seules positions qu'affectent les cordes vocales paralysées.

Le Dr J. Solis Cohen de Philadelphie fait une communication sur l'**Histoire ultérieure d'un cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs présentée à la première réunion de la Société en 1879, avec autopsie et présentation de pièces** (*The further history of a case of paralysis of the posterior crico-arytenoïd muscles presented at first meeting of the association in 1879, with a report of the autopsy and the exhibition of a specimen*).

Voici l'histoire du malade. Un homme âgé de 48 ans souffrait depuis deux ans de spasmes du larynx si intenses qu'à deux reprises différentes au moins il tomba sans connaissance. Enfant, il avait eu une otite moyenne suppurée de l'oreille gauche et depuis cette époque l'introduction du doigt dans l'oreille suffisait à produire des spasmes de la glotte. L'examen laryngoscopique démontre qu'il s'agissait d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur gauche. L'examen produisit un spasme de l'autre côté. On conseilla au malade d'avoir toujours sur lui du nitrate d'amyl et d'en faire usage quand il surviendrait. Il le fit, et pendant un certain temps avec de bons résultats. Il revint plus tard et raconta que la veille il avait été pris d'un spasme violent et l'on avait dû, pour le calmer, faire usage du chloroforme. Le jour suivant l'on pratique la trachéotomie. Les spasmes se produisaient encore à la suite de l'irritation de l'oreille. Cinq ou six semaines plus tard, la corde vocale droite commença à se paralyser. Le malade sentit sa vue s'affaiblir graduellement et les symptômes de l'ataxie locomotrice se manifestèrent. Pendant les quatre dernières années de sa vie, le malade continua à porter le tube trachéal. Il pouvait parler sans être obligé de le fermer. En même temps que la paralysie des abducteurs, il existait très probablement du spasme des adducteurs.

Autopsie. — Le cerveau paraît normal. Atrophie du nerf optique. Le récurrent gauche paraît normal et cependant l'on se rappelle que la corde vocale gauche avait été la première affectée. Sur le récurrent droit il existe une ligne de démarcation bien tranchée entre la partie saine et la partie malade.

Le Dr Frank Donaldson, de Baltimore, lit un travail intitulé : **Les fonctions du récurrent d'après les études expérimentales faites à l'université de John Hopkins** (*The functions of the recurrents, from the experimental studies made at the university of John Hopkins*).

L'auteur rapporte les expériences de Hooper qui a trouvé que les constricteurs cessaient d'agir dans l'anesthésie par l'éther et que l'on pouvait alors obtenir l'abduction avec dilatation de la glotte en excitant le récurrent quand le sujet en expérience a perdu le sentiment. Dans cinq expériences faites sur des sujets en état de sommeil anesthésique profond, de narcose légère avec perte de connaissance presque complète, il a invariablement produit l'adduction des cordes vocales en excitant le récurrent. Dans un cas dans lequel le sujet avait perdu connaissance, sous l'influence d'une excitation légère, il vit l'abduction se produire tandis que les cordes vocales se placèrent dans l'adduction sous l'influence d'une excitation plus forte. Il constata alors que l'abduction se produisait sous l'influence de courants légers, et l'adduction avec des courants plus forts. Il en conclut que les constricteurs ne cessent en aucune façon d'agir pendant l'anesthésie ou lorsque le sentiment est suspendu et que dans ce dernier état on n'obtient pas toujours l'abduction des cordes vocales; on produit l'abduction avec une excitation faible, l'adduction avec une excitation plus énergique (1).

Le Dr F. H. Hooper, de Boston, est heureux que le Dr Donaldson ait entrepris ce travail; ce n'est, en effet, qu'en approfondissant un sujet, et publiant les résultats des recherches et par la critique que l'on peut espérer d'arriver à la vérité. Il lui reproche cependant de n'avoir pas lu avec assez d'attention son travail sur la fonction respiratoire du larynx humain (2); il aurait alors pu le citer d'une manière

(1) Le travail du Dr Donaldson paraîtra in extenso dans le *the American journal of the med. science* de juillet 1886.

(2) Nous avons analysé ce travail de Hooper dans la *Revue* 1er décembre 1885, p. 663. — Dr J. Charazac.

plus exacte. Tout en reconnaissant que c'est sans intention de sa part, il reproche vivement au Dr Donaldson de paraître supposer qu'aucune des expériences du Dr Hooper n'ont été vérifiées. S'il en était ainsi, le travail n'aurait jamais dû être lu devant l'Association. Le Dr Donaldson paraît attacher une grande importance à ce qu'il appelle la *théorie de Hooper sur l'innervation du larynx*. Le Dr Hooper ne croyait pas avoir jamais émis de théorie à ce sujet. Dans son travail de l'année précédente il avait donné les résultats de quelques expériences, et avait, en passant, émis l'opinion qu'on pouvait expliquer l'innervation du larynx d'une certaine façon, mais pas autre chose. Le Dr Donaldson est en désaccord avec l'auteur sur des points qui lui paraissent si bien établis qu'il ne peut s'empêcher de croire que la méthode d'expérimentation du Dr Donaldson était erronée.

Le Dr F. I. Knight, de Boston, dit qu'il n'est pas démontré que le mécanisme de l'ouverture et de la fermeture de la glotte soit le même chez l'homme que chez les animaux inférieurs. Bien que l'excitation du muscle transverse produise le rapprochement des cordes, en considérant l'articulation des cartilages il lui a toujours semblé que le muscle latéral était excité en même temps. Pour ce qui est de la paralysie de l'abducteur, la question se réduit toute entière à décider quelle est la position de l'apophyse vocale, sans s'occuper de celle de la corde. Si l'apophyse vocale occupe la ligne médiane, il est bien évident que pour une raison ou pour une autre l'abducteur ne fonctionne plus. Il n'admet pas que l'on doive considérer le cas de paralysie de l'abducteur comme des cas de spasme.

Le Dr S. Solis Cohen, de Philadelphie. — Il est important de distinguer entre les fonctions automatique (respiration), réflexe (toux) et psychique (phonation) du larynx. La résistance qu'oppose un nerf à la transmission de la force nerveuse est en raison inverse de l'usage qu'en fait le muscle qu'il innerve. Il n'est pas de muscle qui fonctionne plus que les abducteurs du larynx. *A priori* ils doivent offrir le plus petit

degré de résistance. Les muscles de la phonation agissent moins souvent; la résistance que présentent les nerfs, bien que faible, est cependant plus considérable que pour le muscle de la respiration. L'influx respiratoire traverse le nerf d'une façon continuelle, une augmentation dans l'excitation soit réflexe (irritation du laryngé supérieur), soit psychique pour la phonation, produit l'adduction des cordes vocales. Une impulsion modérée du centre respiratoire entr'ouvre la glotte pour la respiration ; une augmentation dans l'excitation l'ouvre davantage; un accroissement dans l'excitation par irritation réflexe la ferme pour la toux; une impulsion venue du centre de la volonté la ferme pour la parole.

Le Dr F. I. Knight, de Boston, présente un travail sur **le vertige laryngé** (*laryngeal vertigo*).

Il existe, rapporté par différents auteurs, un bon nombre de cas de ce qu'on appelle vertige laryngé. Le caractère distinctif dans les cas de ce genre c'est que l'accès de toux est précédé d'étourdissement et de perte momentanée de connaissance. Ce dernier symptôme ne fait défaut que dans deux cas seulement. Bien que les attaques de vertige après l'accès de toux ne soient probablement pas rares, on a accordé peu d'attention à ce sujet.

L'auteur a pu réunir quatorze cas déjà publiés, auxquels il ajoute deux observations qui lui appartiennent en propre. Dans la première il s'agit d'un homme de quarante-deux ans atteint depuis un an de bronchite chronique. Il avait eu à l'âge de quinze ans une attaque de rhumatisme, et une fois des insomnies. Le cœur est sain. Dans les poumons on entend de gros râles et des râles sibilants. Sous l'influence de l'iodure de potassium l'état du malade s'améliore graduellement. Après un jour d'ennui et de fatigue il a eu un accès de toux suivi de perte de connaissance. Il ne présenta aucun symptôme évident de spasme de la glotte et n'eut pas de mouvements convulsifs. Il n'a plus eu depuis lors de syncope.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 47 ans qui à plusieurs reprises a éprouvé des vertiges consécutifs à une

indigestion. Pendant de nombreuses années elle a souffert de bronchite chronique. Pendant ces accès de toux, elle perdit connaissance et pendant tout ce temps elle eut la face congestionnée.

L'étude des observations publiées permet de déduire les points suivants. Tous les cas, à l'exception d'un seul, se sont produits chez des hommes. L'âge auquel la maladie se produit est en moyenne 47 ans. La toux qui a déterminé l'attaque était légère dans six cas, spasmodique dans deux, grave dans trois. La perte momentanée du sentiment s'est produite dans quatorze cas. Dans l'un d'eux le malade est tombé, mais il déclare n'avoir point perdu connaissance. Le vertige est mentionné dans onze cas; dans quatre cas il y a eu certainement du spasme laryngé; un cas douteux; chez quatre malades on constata une congestion marquée de la face et de la tête; deux malades étaient pâles. Trois fois on put observer des mouvements convulsifs dans les jambes, une fois les mouvements se produisirent à la face et sur la tête, une autre fois à la face. L'auteur combat l'expression vertige. Dans la plupart de ces cas il n'y eut pas vertige dans la véritable acception du mot, mais plutôt étourdissement ou éblouissement. On ne doit pas les considérer comme des cas de « petit mal ». La cause de ces attaques est un trouble dans la circulation centrale, peut-être dû à la compression des larges vaisseaux sanguins du poumon et peut-être même du cœur. Même en dehors de cette cause, l'effet d'une respiration rapide est bien connu. Elle détermine un trouble cérébral très marqué.

Le Dr Frank Donaldson, de Baltimore, lit un travail sur **un cas d'absence congénitale de l'épiglotte démontrant les fonctions de cet organe** (*A case of congenital defect of the epiglottis illustrating its function*),

L'auteur appelle l'attention sur la fonction de l'épiglotte pendant la déglutition; il insiste en particulier sur la physiologie du second acte d'après les expériences de Magendie, Longet, Walton, Khrishaber, Moura et autres. Il rapporte

un cas d'absence congénitale à peu près complète, il ne restait en effet qu'un rebord arrondi rattaché à la langue par le ligament glosso-épiglottique. Le malade prenant la précaution de manger lentement évitait de faire passer les aliments dans le larynx. Lorsqu'à la la suite d'un effort ils y pénétraient, ils étaient arrêtés par l'oblitération de la glotte par les cordes vocales, d'où ils étaient expulsés par un léger effort.

L'auteur conclut :

1° Que l'épiglotte est utile pour protéger le larynx contre l'entrée des aliments et des liquides ;

2° Que d'ordinaire le tiers inférieur de l'épiglotte est chargé de cette fonction;

3° Que les voies aériennes sont, en outre, protégées par le mouvement en haut du larynx combiné avec les mouvements de la langue, l'occlusion de la glotte, l'exquise sensibilité de la muqueuse de la partie sous-glottique et, par exception, par la constriction des muscles du pharynx;

4° Ces diverses causes réunies protègent les voies aériennes à un degré plus ou moins grand, mais il est difficile d'assigner à chacune d'elles une supériorité quelconque sur les autres.

Le Dr Bryson-Delavan, de New-York, lit un travail sur **la tuberculose buccale** (*Buccal tuberculosis* (*with bibliography*).

L'auteur fait observer, que bien que plus d'un certain nombre de cas originaux aient été publiés sur ce sujet dans ces derniers temps, il n'existe pas d'étude sérieuse sur cette affection. Il a été amené à étudier la maladie au point de vue de diagnostic et du traitement.

Les observations connues se décomposent comme il suit :

49	se rapportent	à la langue;
24	»	au pharynx;
22	»	à la bouche (mouth);
8	»	au voile du palais;
5	»	à la cavité nasale;
4	»	aux amygdales.

L'auteur a récemment observé lui-même sept cas de cette

affection. Tous sont survenus chez des hommes. Quatre sont morts. Deux s'affaiblissent rapidement, un seul paraît être complètement guéri.

On peut classer comme il suit ces sept cas:

Un cas primitif et un secondaire de la langue chez des individus âgés de 35 et 54 ans; un cas primitif du voile du palais, 40 ans; un cas primitif de la joue, 36 ans; un cas secondaire de l'amygdale, 27 ans; deux secondaires du pharynx, 38 et 22 ans. Le premier cas présente plusieurs points d'un intérêt unique: 1° la lésion était située à la base de la langue; 2° on pratiqua l'extirpation totale de cet organe; 3° le malade, sept mois après l'opération, ne présentait aucune trace de récidive.

L'acide lactique employé dans la plupart des cas rapportés plus haut, a donné le plus souvent de bons résultats.

Sur 24 cas de tuberculose de la langue, tous survenus chez des hommes, un seul excepté, 12 fois la lésion siégeait sur les côtés, 11 fois à la partie antérieure, une fois à la base. Dans quatre cas on n'indique pas le siège de la lésion. Elle était primitive dans neuf cas; secondaire dans sept. Dans la tuberculose linguale primitive, la durée la plus longue a été deux ans et demi, la plus courte dix semaines. Le malade le plus âgé avait 18 ans, le plus jeune 12 ans.

Le Dr E. L. Shurly, de Detroit, dit que la présence du bacille ne prouve pas, d'une façon certaine, que la maladie était tuberculeuse. Chez une femme se présentant dans les meilleures conditions pour le développement de la tuberculose, on trouve des bacilles dans un abcès de la base de la langue. Cependant la malade guérit, et se porte encore très bien. Dans les cas de ce genre on ne doit pas pratiquer d'incision mais instituer un traitement ponr détruire les parties malades.

Le Dr J. Roe, de Rochester, n'a jamais observé de tuberculose primitive de la langue qui ne puisse être considérée comme secondaire. Il rapporte deux cas bien nets de tuberculose primitive du pharynx.

Vendredi 28 mai. — Séance du matin.

On procède à l'élection des membre du bureau pour 1887 : *Président :* le Dr E. Fletcher Ingals, de Chicago; *Vice-présidents :* les Drs E. Carroll Morgan, de Washington, et J.-N. Mackenzie, de Baltimore; *Blibliothécaire :* le Dr French, de Brooklyn; *Sécretaire et trésorier :* le Dr Bryson-Delavan, de New-York; *Membre du conseil :* le Dr F.-H. Hooper, de Boston; sont élus *membres actifs :* MM. les Drs Benjamin F. Westbrook, de Brooklyn, F. Donaldson, de Baltimore, Alexandre Mac Coy, de Philadelphie, et M. J.-C. Mulhall, de Saint-Louis.

Le Prof. Ramon de la Sota, de Séville, est nommé membre correspondant. La prochaine réunion se tiendra à New-York, à l'époque fixée par le conseil.

Le Dr E.-L. Shurly, de Détroit, rapporte le résultat d'une observation sur **l'emploi de quelques nouveaux remèdes dans les maladies des voies aériennes supérieures** (*The use of the newer remedies in diseases of the upper air passages*).

Il passe en revue chacun de ces nombreux remèdes nouveaux et donne le résultat de son expérience sur leur emploi.

Le Dr J.-N. Mackenzie, de Baltimore, dit n'avoir qu'à se louer de l'emploi à l'intérieur de l'eau oxygénée dans les cas de catarrhe ancien du larynx ou du pharynx. Il en a fait usage dans les cas qui ont résisté à tous les autres modes de traitement. Il s'est servi d'une solution à quatre pour cent à la dose de huit à seize grammes, quatre à six fois par jour pendant deux ou trois semaines. Dans un grand nombre de cas ce seul remède a suffi pour arrêter la sécrétion.

Le Dr Solis Cohen a employé le bioxyde d'hydrogène dans des cas de phtisie pulmonaire et laryngée, il en a observé les bons effets sur la nutrition. Un des effets de cet agent est en retard notable dans les battements du pouls. Dans un cas cet effet fut si marqué que l'on dut interrompre ce médicament.

Le Dr William H. Daly, de Pittsburg, fait une communication sur **le traitement le plus simple et le plus efficace de la diphthérie** (*On the simplest and most sure treatment of diphtery*).

Il recommande l'emploi du calomel. Ce mode de traitement est fort ancien, c'est au Dr W.-C. Ritter de Pittsburg que revient le mérite de l'avoir de nouveau recommandé dans ces derniers temps. On doit l'administrer à la dose de 10 à 20 centigrammes toutes les deux ou trois heures. On doit en continuer l'usage jusqu'à ce que les déjections deviennent fréquentes et contiennent des masses gélatineuses brillantes de coloration verte et ressemblant à de la purée d'épinards. On administre alors le calomel à des intervalles plus éloignés dont on continue l'emploi de façon que le malade ait deux ou trois selles par jour. Il vaut mieux éloigner les intervalles que diminuer les doses. De cette manière on risque moins d'amener du ptyalisme. Cette médication amène un peu de dépression. Le ptyalisme survient assez rarement. Sous l'influence de ce traitement, des fausses membranes s'exfolient et ne se reforment pas ou du moins se reforment plus lentement. La fièvre diminue.

Ce mode de traitement est le plus simple et le plus efficace de tous. La règle absolue est d'administrer le calomel jusqu'à ce qu'il se soit produit cet état de purgation que nous venons de décrire. On obtient par ce traitement un plus grand nombre de guérisons que par toute autre méthode.

M. le Dr E.-L. Shurly a une grande expérience du traitement de la diphthérie par le calomel. Si cette substance est très efficace dans les inflammations croupales, il n'en est pas de même dans la diphthérie. Il ne connaît pas un seul cas de diphthérie guéri par le calomel.

Le Dr Frank Donaldson a souvent, sans succès, employé le calomel. Si l'on emploie le mercure il est préférable de se servir du bichlorure. Etant données les théories actuelles sur la nature de cette affection, le meilleur mode de traitement doit être dans l'emploi de pulvérisation de bichlorure de mercure (1/1000), en même temps qu'on soutient les forces du malade qui couche dans une chambre bien aérée.

Le Dr Beverley Robinson, de New-York, estime qu'il en est de la diphthérie comme de toutes les maladies infectieuses. Sa virulence est plus ou moins grande suivant les épidémies. Tel remède qui, dans une épidémie, donnera de très bons résultats, sera impuissant dans une autre. Un autre point sur lequel on n'insiste pas assez, c'est la différence de caractère des maladies suivant les contrées.

Il pense qu'il vaut mieux s'en rapporter à l'opinion des hommes les plus compétents pour ce qui est du traitement de cette maladie. Il est généralement admis que la meilleure méthode consiste à désinfecter la gorge et les voies aériennes avec des doses plus ou moins considérables de teinture de fer combinées ou non avec le chlorate de potasse.

Le Dr F.-H. Bosworth, de New-York, croit que le mercure possède une valeur spécifique dans le traitement de la diphtérie.

Le Dr William H. Daly, terminant la discussion, dit qu'il n'a pas voulu faire du calomel un spécifique, mais qu'il a simplement soutenu que la proportion de succès, dans cette méthode de traitement, est plus considérable que dans toute autre.

Le Dr E. Carroll Morgan, de Washington, lit une note sur **l'hémorragie après l'uvulotomie avec la description d'un instrument pour l'arrêter** (*The question of hemorrhage after uvulotomy with the description of an instrument fort its arrest*).

L'auteur, après avoir cité l'opinion d'un grand nombre d'auteurs sur les dangers de l'hémorragie après cette opération, raconte l'histoire d'un malade chez lequel une hémorragie considérable et qui avait résisté à toutes les mesures prises pour l'arrêter cessa à la suite de l'application d'un tampon (clamp) sur la surface saignante.

Jamais l'hémorragie, après l'uvulotomie, n'a été suffisante pour amener la mort. Dans des cas très rares l'hémorragie a été assez persistante pour causer de l'inquiétude, mais dans

la plupart des cas il se produit une hémorragie légère qui s'arrête spontanément, ou cède facilement à l'application de styptiques légers. La perte de quelques gouttes de sang suivie d'un léger suintement est le cas le plus ordinaire. Les mesures chirurgicales les plus convenables pour arrêter l'hémorragie de la luette sont la ligature, la compression à l'aide d'un tampon ou de pinces et l'emploi du cautère actuel. Les styptiques les plus recommandables sont le nitrate d'argent, le persulfate de fer, l'acide gallique, l'acide tannique, l'alun, les applications locales de glace et de vinaigre. Les médicaments internes sont l'opium, l'acétate de plomb, l'acide sulfurique, l'ergotine. En opérant, on doit avoir pour objet de réduire la luette à ses dimensions normales, sans jamais la détruire toute entière.

Le Dr F.-H. Hooper n'a jamais vu l'hémorragie après cette opération dépasser quelques gouttes de sang. Il n'a jamais sectionné le muscle lui-même, il pense que l'ablation d'une petite portion donne de meilleurs résultats que la section d'une grande partie.

Le Dr William H. Daly, de Pittsburg, soutient que cette opération, lorsqu'on la fait, doit être faite de manière à conserver autant que possible aux parties leur position normale. L'évolution est rarement nécessaire.

Séance de l'après-midi.

Le Dr Thomas R. French, de Brooklyn, présente une note sur **l'image laryngée telle qu'on l'aperçoit dans des photographies prises pendant la production des notes dans la voix chantée** (*The laryngeal image as seen in photographs taken during the production of tones in the singing voice*).

L'auteur a fait, sur ce sujet, de nombreuses recherches et ses observations confirment les assertions des différentes autorités pour ce qui concerne la position des cordes vocales pendant la production des différentes notes dans la voix chantée.

Le résultat général de ses recherches semble montrer que, dans la production des notes basses, les cordes vocales sont séparées, sur une grande étendue, à la partie postérieure et à la partie antérieure; dans le médium les cordes sont parallèles; dans les notes élevées l'ouverture est très grande en avant. L'auteur, à l'appui, présente de nombreuses photographies du larynx.

Le Dr Georges W. Major, de Montréal, lit des **notes cliniques sur le prolapsus des ventricules laryngés** (*Clinical notes on prolapsus of the laryngeal ventricles*).

L'auteur insiste sur la distinction entre le prolapsus et l'éversion des ventricules du larynx. Le prolapsus peut exister sans éversion du saccule tandis que l'éversion ne peut se produire sans prolapsus. Il rapporte cinq observations inédites, deux d'éversion et trois de prolapsus simple d'étendue variable. La syphilis, le cancer, la tuberculose, le catarrhe chronique, sont les affections qui favorisent le plus cet état.

On lit ensuite les titres de deux communications sur **trois cas de thyrotomie : guérison dans les trois cas sans altération de la voix,** par le Dr Clinthon Wagner, de New-York ; **hémorragie alarmante après l'amygdalotomie arrêtée par la torsion de l'artère,** par le même auteur.

Le Dr William C. Jarvis, de New-York, décrit **un nouveau procédé pour l'ablation des tumeurs laryngées sous-glottiques** (*A novel procedure for the renoval of subglottic laryngeal growths*).

C'est au moyen des pinces laryngiennes de Mackenzie, à l'extrémité de chacune des branches on pratique une ouverture. A travers ces ouvertures on fait passer un fil de piano fin que l'on conduit à travers une seconde ouverture à l'angle des branches jusqu'au manche. On forme ainsi un anneau dans lequel on peut passer l'index. Quand les branches sont séparées cet anneau forme une tige transversale unissant

leurs deux extrémités à l'aide de laquelle on peut retenir la tumeur jusqu'à ce qu'on l'ait saisi avec les branches. Au moyen de cet instrument l'auteur a réussi à enlever une tumeur sous-glottique sans anesthésie et sans laryngotomie.

Le Dr T. Armory, de Blois, lit un travail sur **plusieurs cas d'œdème du larynx** (*Cases of laryngeal œdema*).

L'auteur a été amené à écrire ce travail en lisant plusieurs cas mortels de cette affection, apportés dans ces derniers temps. Il donne des détails sur quatorze cas d'œdèmes du larynx qu'il a observés lui-même. Six ont guéri par les astringents, huit après scarification.

Le Dr Frank pense que dans les cas de ce genre le tubage de la glotte par la méthode de O'Dwyer pourrait être fait.

Le Dr W. C. Jarvis de New-York, à propos du traitement de l'œdème constitutionnel du larynx, a fait usage de l'extrait fluide de jaborandi. Quarante-huit heures après l'œdème était considérablement diminué. Depuis lors on a rapporté plusieurs cas dans lesquels on a employé avec avantage la pilocarpine. Il n'a jamais eu de bons résultats à la suite de la scarification. Dans une tentative de suicide suivi d'œdème du larynx on introduisit un tube dans le larynx et dans ce cas, bien qu'on eût pris tout le temps nécessaire, la scarification n'eut aucun effet. Il semblerait que le liquide est renfermé dans un grand nombre de petits sacs. En ouvrir quelques-uns n'amène aucun résultat.

On lit le titre d'une note du Dr Ch. Knight, de New-York, décrivant : **un cas de périchondrite du larynx** (*a case of perichondritis of the larynx*).

Le Dr Edgar Holden, de Newark, décrit **un cas de gomme du larynx avec réouverture spontanée du larynx après la laryngotomie thyroïdienne** (*A case of gummatous disease of the larynx with spontaneous reopening of the larynx after thyroid laryngotomy*).

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie de la voix et du chant (1),

Par MM. Gouguenheim et Lermoyez.

Ce travail s'adresse surtout aux chanteurs et aux professeurs de chant; les auteurs ont voulu leur fournir un aperçu des notions acquises jusqu'à ce jour en physiologie de la voix et du chant. Ils se sont, en même temps, proposé d'exposer leurs propres théories dans les diverses questions qu'ils traitent et de donner aussi quelques bons conseils relatifs à l'hygiène et au traitement de la voix. Ce petit traité sera certainement apprécié par le public pour lequel il est écrit. On était, en effet, jusqu'alors assez embarrassé pour conseiller un ouvrage de ce genre aux artistes ou aux professeurs de chant qui désiraient s'instruire à ce sujet. C'était une lacune, elle est maintenant heureusement comblée.

Après quelques considérations préliminaires sur le rôle de l'appareil aérien dans la respiration et la phonation, MM. Gouguenheim et Lermoyez abordent l'étude de la formation de la voix; elle est, disent-ils, exclusivement produite par la vibration des cordes vocales inférieures qui exige pour naître deux conditions absolues : 1° une tension suffisante des cordes vocales inférieures; 2° une intensité suffisante du courant d'air expiré. Mais n'existe-t-il pas d'autres parties de l'arbre aérien que les cordes vocales inférieures capables de donner naissance à la voix? Les cas de destruction des cordes voaales dans lesquels s'établit une sorte de suppléance vocale sembleraient devoir faire admettre cette opinion. Il n'en est rien : « sans les cordes vocales inférieures, pas de voix possible ».

Le son glottique est-il dû aux vibrations de l'air, résulte-t-il des vibrations des cordes vocales? Les deux opinions ont été soutenues. Les avis sont partagés. MM. Gouguenheim et Lermoyez admettent que la voix est due à la vibration des cordes vocales inférieures. Trois qualités caractérisent le son : intensité, hauteur, timbre. Les vibrations des lèvres de la glotte

(1) Paris. A. Delahaye et Lecrosnier, 1885.

lui donnent sa hauteur, le poumon son intensité, les cavités sonores situées au-dessus des cordes vocales inférieures et du larynx lui donnent le timbre.

Fournié avait admis que dans les cordes vocales seules la muqueuse vibrait. Cette théorie, disent Gouguenheim et Lermoyez, tombe d'elle-même, car sa base pathologique (il suffit d'une lésion insignifiante de la muqueuse pour supprimer la voix) n'a pas sa raison d'être. Le rôle de la muqueuse consiste à protéger les tissus sous-jacents et à sécréter une humeur qui favorise le jeu des parties .. *Le muscle est la partie essentiellement vibrante* de la glotte; il ne vibre cependant pas seul.

Les idées de M. Lermoyez se sont, depuis lors, quelque peu modifiées. Il admet, à l'heure actuelle, que dans la production de la voix de fausset la muqueuse est la seule partie vibrante, et le tort de Fournié est d'avoir trop généralisé (Étude expérimentale sur la phonation, p. 26 et 27, et plus loin (1). Il y a trois parties constituantes des cordes vocales : la muqueuse, la corde fibreuse, le muscle thyro-aryténoïdien interne. Or, Lermoyez admet que *jamais le muscle ne vibre*. Il fait plus que l'admettre, il le prouve.

Après avoir montré l'antagonisme du spinal et du pneumogastrique dans le larynx, MM. Gouguenheim et Lermoyez étudient l'action des différents muscles du larynx. L'agent essentiel de la phonation c'est le thyro-aryténoïdien ou plutôt sa portion interne, et si l'on remarque « que ce muscle est la partie constituante des cordes vocales vibrantes, on se prend à admirer de merveilleux fonctionnements de la glotte où le tissu vibrant et le mécanisme qui modifie ces vibrations sont confondus en un seul et même organe ». Les thyro-aryténoïdiens, lors de la production de la voix, « se gonflent, se durcissent, s'épaississent et mettent la glotte en état de réceptivité vocale ». Constatons ici une différence très grande entre les idées de MM. Gouguenheim et Lermoyez et celles que M. Lermoyez a émises dans son travail inaugural.

« Longtemps, dit-il, on a cru, que le thyro-aryténoïdien

(1) Voir *Revue*, n° 6, p. 395, l'analyse du travail de M. Lermoyez.

tend les cordes vocales, qu'il se durcit pour vibrer, et on a admiré cette anche intelligente qui se met d'elle-même au degré de tension nécessaire au nombre de vibrations voulues; or il faut rabattre beaucoup de ces fonctions qui tiennent du merveilleux. Le thyro-aryténoïdien interne porte en avant les aryténoïdes et les rapproche de l'angle rentrait du thyroïde; il raccourcit les cordes vocales ligamenteuses, et les met dans un état de relâchement d'autant plus accentué que sa contraction est plus forte : et comme conséquence, il amène un abaissement de tonalité de la voix. »

Les auteurs s'occupent ensuite de la justesse de la voix. On sait *tenir un son* lorsque tout le temps que dure l'expiration vocale on sait maintenir la glotte au même degré de contraction, de sorte que tout le temps que le son est émis le nombre des vibrations qu'il produit à la seconde soit constant. Il n'existe pas de voix absolument juste, toute voix chevrote plus ou moins, l'erreur permise est de 0,35 pour 100 vibrations.

Le chapitre qui suit est consacré à l'étude des résonnateurs de la voix et du timbre. En traversant les cavités aériennes supérieures la voix se modifie, se perfectionne, elle prend du timbre. Les cavités supérieures jouent le rôle de résonnateur; les résonnateurs humains ont une qualité spéciale : la contractibilité.

Les questions traitées dans ce chapitre sont des plus importantes pour les chanteurs au point de vue pratique. Les auteurs font ressortir les différences qui existent entre la voix blanche (timbre clair) et la voix sombrée (timbre sombré).

Ils étudient ensuite l'évolution de la voix, la mue, les troubles vocaux qui l'accompagnent, l'influence de la puberté sur la voix, le classement des voix; ils s'occupent de la caractéristique anatomique des registres et des voix, c'est là très certainement un des chapitres les plus intéressants de l'ouvrage; il est très soigneusement traité par les auteurs. A propos du mécanisme de la voix de fausset, ils acceptent la théorie de Vacher et arrivent à la conclusion suivante : dans les deux registres, voix de poitrine et voix de

tête, la somme des contractions musculaires est constante, mais différemment répartie; elle prédomine dans le larynx pour les sons de poitrine, et se localise surtout au pharynx dans les sons de tête; de telle sorte, qu'on pourrait écrire algébriquement :

Voix de poitrine = larynx contracté + pharynx relâché ; voix de tête = larynx relâché + pharynx contracté.

Cette théorie, est vraiment bien combinée et on voudrait qu'il en soit ainsi, malheureusement elle ne concorde pas tout à fait avec certains faits anatomiques récemment publiés et qui réclament leur droit.

Les auteurs discutent ensuite la question de savoir si l'on peut, anatomiquement, caractériser les différentes voix; d'après eux, la longueur des cordes vocales inférieures préside presque exclusivement au classement des voix d'après leur hauteur et diminue à mesure qu'on va de la basse au ténor, ou du contralto au soprano. La largeur des cordes vocales ne correspond qu'au degré d'intensité de la voix et n'est liée à leur longueur par aucun rapport, de telle sorte, qu'elle peut être plus grande chez un ténor que chez une basse, si le premier a la voix plus puissante que le second.

En terminant ce chapitre, ils donnent un résumé de leurs observations sur la conformation du larynx dans les différentes voix.

Les auteurs terminent par un chapitre consacré à l'hygiène et exclusivement réservé aux chanteurs.

Nous ne pouvons les suivre dans les détails de cette étude intéressante et instructive, mais qui n'entre pas dans le cadre des études de la *Revue*.

L. Bayer.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes,

Par le Dr Joal, du Mont-Dore.

Joal rappelle que c'est à Lasègne qu'on doit la première observation d'orchite amygdalienne et que depuis l'époque (1868) où cet auteur considérait l'amygdalite comme la manifestation d'un état général, des cliniciens expérimentés (Bouchard, Landouzy et Siredey), appuyés sur la théorie microbienne, sont venus démontrer la vérité de cette assertion. Toutefois c'est Verneuil qui en 1857 aurait le premier saisi la corrélation qui existe entre l'angine et le rhumatisme, dont il publiait à cette époque deux observations, concernant des enfants de 10 et 12 ans qui furent atteints d'amygdalite aiguë et d'épanchement considérable dans la tunique vaginale; la guérison fut presque spontanée, mais le testicule correspondant fut frappé d'un arrêt de développement chez l'un des malades.

Joal rappelle ensuite les articles de James (sur les sympathies entre les tonsilles et les ovaires) et de Ed. Gray, rapportant les faits cités par ces auteurs. Viennent enfin quatre observations personnelles d'ovarites ou d'orchites survenues sans autre cause connue qu'une amygdalite préexistante, et quatre cas de ce genre qui lui ont été communiqués, deux par le Dr Larammandes, un par le Dr Gaillard et l'autre par le Dr Cadier.

De ces faits découlent ces conclusions naturelles que l'orchite et l'ovarite doivent être rangées parmi les complications possibles de l'amygdalite aiguë superficielle ou profonde; et que ces manifestations génitales analogues à celles qui surviennent dans la fièvre typhoïde ou les oreillons sont dues à la nature infectieuse de l'inflammation gutturale. (Extrait des *Archives générales de médecine*, mai et juin 1886.)

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales, par le Dr Th. Hering.

L'auteur résume sur cette question les recherches de Hack qui considérait les névroses réflexes déterminées par les affections nasales comme étant produites par un gonflement des bords antérieurs des cornets inférieurs, développé sous l'influence de l'irritation des nerfs érecteurs ; bientôt il fut obligé d'étendre ses conclusions, car les névroses réflexes accompagnaient également le gonflement des cornets moyens.

Les partisans de la théorie de Hack ont poussé trop loin leur enthousiasme et abusé de la galvano-caustie dans le traitement des diverses névroses considérées comme étant produites par une affection nasale, et Hack lui-même a écrit : « J'ai peur que l'on se soit abusé sur l'importance de la muqueuse nasale dans la production de l'asthme et, m'appuyant sur mes propres insuccès, je voudrais protester contre une opinion aussi tranchée. »

Hering rappelle les conclusions de John Mackenzie sur la zone réflexe du nez, qui est strictement délimitée et correspond aux corps caverneux des cornets. Il admet l'existence de cette zone et pense qu'on doit l'étendre à tout le segment de la muqueuse qui recouvre la cloison nasale et non seulement à la partie postérieure. Il mentionne ensuite les conclusions de Wille et rapporte une observation appuyant la théorie de cet auteur qui prétend que la toux par irritation du trijumeau est une des formes les plus fréquentes de la toux réflexe et que toutes les fois que l'on rencontre chez des malades une toux opiniâtre et fatigante dépourvue de toute altération perceptible des organes respiratoires, on se trouve en présence d'une névrose du trijumeau. Voici, en résumé, cette observation :

Homme, trente-deux ans, arthritique, souffrait, depuis un an, de quintes de toux très violentes, spasmodiques. Légère bronchite insuffisante à expliquer la toux. Rhinite très intense, hypertrophie inflammatoire et gonflement du cornet

inférieur droit qui, par moment, adhère à la cloison ou plutôt à sa crête osseuse. A gauche, on constate les mêmes altérations mais moins prononcées. L'auteur fait un attouchement du cornet, à l'endroit contigu à la cloison et détermine une très forte quinte spasmodique avec étouffement, dyspnée momentanée et écoulement nasal très abondant. Une application énergique du galvano-cautère à droite, d'acide chromique à gauche, fit cesser les symptômes.

Depuis deux ans, Héring accumule les observations relatives aux névroses réflexes. Il a observé vingt cas d'asthme à la suite d'hypertrophie des cornets; sur ces vingt cas il compte douze guérisons.

La migraine, les névralgies sus-orbitaires, les éternuements spasmodiques, les vertiges, les affections hystériques du larynx peuvent être le résultat d'une affection nasale et être améliorés par le traitement.

Le cornet moyen, plus rapproché que le cornet inférieur de la cloison nasale, en se gonflant, s'en rapproche davantage et la comprime; or, toutes les fois qu'on touche l'endroit où le cornet moyen adhère à la cloison, les phénomènes réflexes se produisent immédiatement.

L'auteur étudie ensuite certaines observations qui prouvent que l'aphonie spasmodique, le laryngo-spasme, la dyspnée spasmodique et certaines paralysies du larynx appartiennent à la catégorie des névroses réflexes d'origine nasale.

L'aphonie spasmodique s'observe en particulier chez les individus faisant de leur voix un usage fréquent. Héring rapporte trois observations d'aphonie spasmodique. Dans la première, après dix ans de durée, le spasme phonétique se compliqua de spasme respiratoire. Suivent quelques autres observations de spasme du larynx et de paralysie des cordes vocales d'origine hystérique, un autre d'asthme. Dans tous les cas il existait des lésions des fosses nasales. Après diverses considérations critiques sur les cas par lui rapportés, Héring en arrive à formuler ses conclusions dont nous reproduisons les plus importantes :

Au Dr Hack revient le mérite d'avoir établi le rapport

causal qui existe entre les névroses réflexes et les affections nasales.

Héring a pu, jusqu'à présent, confirmer ce rapport dans les affections suivantes : asthmes, migraine, vertige, névrose sus-orbitaire, toux laryngée, éternuement, laryngo-spasme phonétique, aphonie et dyspnée hystérique.

Une exploration consciencieuse de l'état général, une observation prolongée, de même que l'inefficacité de tout traitement antérieur dirigé dans une autre direction contribuent à confirmer le diagnostic (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, février-mars 1886). Dr J. Charazac.

De la pathologie du prétendu « Catarrhe chronique du nez et du pharynx » (*Die Pathologie des sogenannten chronischen Nasen- und Rachenkatarrhss*), par le Dr Maximilian Bresgen, de Frankfort-sur-Mein

Bresgen n'admet pas dans sa note d'introduction au Congrès international médical de Copenhague l'expression « Catarrhe chronique pharyngo-nasal » parce qu'il devrait parler alors aussi bien du catarrhe chronique du nez que de celui du pharynx, vu qu'il n'existe pas, selon lui, de catarrhe chronique isolé de la cavité rétro-nasale. Il parle donc du catarrhe chronique du nez et du pharynx tout en les considérant comme une seule affection. Pour le reste, il donne un exposé sommaire de cette maladie sans apporter de faits nouveaux. L. B.

Des végétations adénoïdes de la cavité pharyngo-nasale (*Adenoïde vegetationen des Nasenrachenraumes*), par le Dr Michael, de Hambourg.

Dans la description de cette affection, l'auteur s'adresse surtout aux praticiens. Il indique les différents procédés opératoires employés pour la guérir, et estime avec raison qu'on peut facilement faire cette petite opération sans avoir recours aux spécialistes. Dans ce but, il recommande une pince coupante (Hohlmeisselzange) construite par lui, dont il se sert avec avantage depuis déjà huit ans et qui a été adoptée par quelques autres spécialistes. Michael proscrit le chloroforme pour cette opération comme étant plus

dangereux que le mal, il n'admet pas non plus l'emploi de la force chez les malades indociles. Qu'on attende simplement qu'ils soient devenus raisonnables ! Cependant il est des cas où l'on ne peut guère attendre sans compromettre la santé du malade. Il n'est partisan ni de la méthode galvanique, ni du couteau annulaire. Sa pince paraît du reste être bonne.

N'oublions pas que chaque opérateur a son dada et sa manière de faire, qu'il trouve toujours la meilleure *(Wiener Klinik, XII Heft, 1885).* BAYER.

Aphonie et dyspnée spasmodiques (*Aphonia und dyspnœa spastica*), par le Dr. J. MICHAEL, de Hambourg.

Une dame de tente-deux ans, à la suite de fortes émotions, est prise d'abord de violents accès d'asthme qui au bout d'une semaine font place à un état permanent de dyspnée respiratoire. On entend à chaque inspiration un bruit strident et prolongé, tandis que l'expiration s'effectue assez facilement. La malade parle avec une voix de fausset saccadée, qui est interrompue après quelques paroles par l'inspiration stridente et par un bruit ressemblant au hoquet. En même temps, existent le globe hystérique, une salivation abondante, des contractions musculaires sur tout le corps, une névralgie intercostale et de temps en temps des accès hystéro-épileptiques. L'examen général ne démontre aucune affection des organes. A l'examen laryngoscopique, pendant la phonation, on voit les cordes vocales fortement serrées l'une contre l'autre dans les deux tiers antérieurs, formant une fente étroite en arrière. Par une pression exercée sur le cartilage cricoïde, la partie postérieure se forme également et la voix devient alors plus basse. Au repos les cordes vocales sont un peu plus rapprochées qu'en position cadavérique. A l'inspiration, elle se rapprochent de plus en plus et elles se touchent complètement quand la malade fait une inspiration profonde, de sorte que celle-ci est interrompue instantanément. L'aggravation des symptômes rend la trachéotomie indispensable. Voici ce qui s'est produit : après avoir respiré un peu de chlorofome, la malade commence à avoir la respiration

plus tranquille, le cornage cesse et la voix devient sonore. Espérant que l'amélioration persistera, on cesse de donner le chloroforme, mais à peine la malade est-elle revenue à elle, que la gêne respiratoire apparaît de nouveau et avec elle les autres symptômes, de sorte qu'on est obligé de recommencer et d'exécuter la trachéotomie. Le bruit strident et la dyspnée ont disparu, seule la voix ne change pas. La malade se remet, mais les symptômes laryngés ne subissent pas de changements, il en est encore ainsi aujourd'hui, trois ans après l'opération.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions fort justes où il justifie son diagnostic d'aphonie spasmodique, et lui applique les théories de Krause, Gerhardt, Semon et Rosenbach, le cas s'y prêtant admirablement. (*Separat abdruct. ans der. Wien. med. Presse*, 1885.) BAYER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Abbe (R.). — Sarcome de l'amygdale (*Med. Journ.*, 20 mars 1886).

Aducco et **Mosso**. — Recherches sur la physiologie du goût (*Giornale della R. Academia di Medicina di Torino*, an XLIX, nos 1, 2. Turin, 1886).

Ambrosio (D'). — Cancer épithélial de la langue (*Eco delle cliniche*, an Ie no 6, Naples 1886).

Beall (E. J.). — Parésie consécutive à l'amygdalite (*St Louis Medic. and Surgic. Journ.*, no 5, mai 1886).

Biondi. — Bec-de-lièvre (*Riforma medica*, an II, no 155 et suiv., Naples 1886),

Blackwood (W.). — Affections du pharynx au point de vue d'un appareil à pulvérisations (*The med. Bullet. Monthly journ.*, mai 1886, no 6).

Boeckel. — Nouveau procédé de débridement des abcès profonds de la bas. de la langue dans la glossite phlegmoneuse (*Mém. de la Soc. de méd. de Strasbourg*, XXI, Paris, chez Baillière et fils, 1885).

Bottini. — Amygdalotomie et deux cas de tumeurs malignes des amygdales (*Gazzetta degli ospitali*, an VII, no 43, Milan, 1886)

Boucomont. — De l'angine granuleuse arthritique (suite) (*Archives d'hydrologie*, mai et juin 1886).

Caselli. — Resserrement des mâchoires (*Riforma medica*, an II, no 99, Naples, 1886).

Chiodini. — Un cas d'amputation totale de la langue par la diérèse galvanique (*Riforma medica*, an II, no 122, Naples, 1886).

Easley (Wm. T.). — Du traitement de l'amygdalite et du catarrhe nasal *St Louis Medic. and Surgic. Journ.*, no 5, mai 1886).

Farlow (J. W.). — Une artère volumineuse traversant en diagonale la paroi postérieure du pharynx (*Suffolk District Med. Soc.*, 14 avril, et *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 22 mai 1886).

Galloxzi. — Abcès rétro-pharyngien aigu (*Riforma medica*, an II, n° 120, Naples, 1886).

Harvey. — Hyperplasie chronique de la muqueuse buccale avec cornification de son épithélium (*The Americ. Journ. of the Med. Sciences*, juillet 1886).

Haynes. — Tumeur fibroïde de la langue (*The N.-Y. Med. Journal*, 19 juin 1886).

Helmkampff (H.). — Diagnostic et thérapeutique des affections de la bouche, du pharynx et des dents (*Enke*, Stuttgart).

Hermantier (J.). — De la tuberculose de la voûte palatine (*Thèse de Paris*, n° 115, 1886).

Hinkel. — Ulcération du pharynx d'origine tuberculeuse (*N.-Y. Medic. Journ.*, n° 6, 1886).

Hoffa. — De la mortalité dans l'opération des becs-de-lièvre et des gueules de loup (*Archiv. f. Chir.*, 33, III).

Hutchinson. — Adénome du palais (*Patholog. Soc. of London* et *The Lancet*, 22 mai 1886).

Jessett (P. B.). — Du cancer de la bouche, de la langue et du tube digestif (Londres, chez J. A. Churchill).

Joal. — Angine catarrhale chronique : Pharyngite glanduleuse ; Amygdalite chronique (Paris, chez Asselin et Houzeau, 1886).

Joal. — De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes (*Arch. génér. de méd.*, n°s de mai et juin 1886, *Extrait*, Asselin, édit., Paris).

Knight (Charles H.). — Paralysie du voile du palais dans un cas d'inflammation aiguë de la cavité naso-pharyngienne (*N.-Y. Academy of Medecine*, 20 mars et *N.Y. Med. Journ.*, 5 juin 1886).

Knox (J. L.). — De l'amygdalite comme manifestation du rhumatisme (*Chicago, med. Journ. and Exam.*, février 1886).

Krauss (E.). — Note sur le travail du Dr Hirt sur l'hémiatrophie de la langue (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 25, 28 juin 1886).

Mayor et **Pantry.** — Note sur les manifestations buccales du Lichen plan (*Revue méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 15 juin 1886).

Macgregor (A. D.). — De la valeur de l'acide borique dans les différents états de la bouche (*British Med. Journ.*, 10 juillet 1886).

Monod. — Ablation des tumeurs du pharynx (*Société de chirurgie*, 7 juillet 1886).

Polaillon. — Quelques réflexions sur les larges ablations de cancers de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx (*Gazette méd. de Paris*, 17 juillet 1886).

Polaillon. — De l'épulis (*Paris méd.*, 17 juillet 1886).

Regnauld (Clinique Tillaux). — Tumeurs de la langue (*Gaz. des hôpit.*, 20 mai 1886).

Remak. — De l'hémiatrophie saturnine de la langue (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 21 juin, n° 25. 1886).

Richelot. — Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue (*Soc. méd. pratique*, 22 février, et *Union méd.*, 3 juillet 1886).

Ricordeau. — Des accidents consécutifs à l'amygdalotomie; du traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation ignée (*Thèse, Paris*, juillet 1886).

Sands. — Extirpation d'une partie de la langue pour un cancer (*N-Y. Surg. soc.* 24 mai, et *Med. News*, 12 juin 1886).

Sattler (R.). — Hydrastis dans les maladies de la gorge, de l'œil et de l'oreille (*Cincinnati Lancet Clinic*, 6 mars 1886).

Scarenzio. — Cathétérisme des canaux de Sténon comme traitement de l'hydrargirisme (*Gazetta degli ospitali*, an VII, n° 2, Milan 1886).

Schech. — Crampes cloniques du voile du palais avec bruit objectif dans l'oreille, causées par une névralgie du trijumeau d'origine nasale (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 22, 1er juin 1886).

Staff. — Nouveau spéculum nasi et nouvel abaisse-langue (*The Lancet*, 26 juin 1886).

Stewart. — Tuberculose de la langue (*Montreal Med. chir. Soc.*, 1er mai, et *Med. News*, 29 mai 1886).

Touton. — Quelques cas de Lichen ruber planus de la peau et de la muqueuse buccale (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 23, 7 juin 1886).

Trélat. — De l'épithélioma de la langue (*Le Praticien*, n° 22, 31 mai 1886).

Vergely. — La perforation de la carotide interne dans l'angine phlegmoneuse (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 18 juin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 4, 11 et 18 juillet 1886).

Verneuil. — Ablation des tumeurs pharyngiennes (*Soc. de chir. de Paris*, 16 juin, et *Gazette des hôp.*, 19 juin 1886).

Wheeler. — Pharyngocèle (*The Dublin Journ. of Med. Science*, mai 1886).

X. — Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen (*Revue de Dermatologie*, p. 65, 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Allen (Harrisson). — Deux cas de végétations adénoïdes de la voûte pharyngienne offrant des symptômes peu habituels. (*The N.-Y. Journ.*, 19 juin 1886).

Antoni (Rameri). — Un nouveau rhinobyon (*Bollettino delle mal. dell' Orecchio*, etc., n° 3, 1 mai 1886).

Baerwald (K.). — Cas de tumeur nasale (*Vereinsblatt f. pfäbzische Arzte*, n° 2, 1886).

Berger et **Thyrman.** — Des maladies du sinus sphénoïdal et des cellules ethmoïdales et de leurs relations avec l'affection de l'organe de la vue (*J. F. Bergmann*, Wiesbade).

Bocker. — Des relations qui existent entre les affections de la muqueuse nasale et l'asthme : traitement de ces affections (*Deutsche med. Wochenschr.*, nos 26 et 27, 1886).

Broich (M.). — Quelques cas ayant trait aux observations de *Tornwald* sur l'affection de la bourse pharyngée (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, nos 5 et 6, mai et juin 1886).

Bobone. — Un cas de spasme sternutatoire : histoire et considérations (*Bolet. del mal. dell' Orecch.*, etc., n° 4, 1er juillet 1886).

Bresgen (M.). — Epistaxis (Tirage à part de « *Real encyclop. d. ges. Heilkunde* » de A. Eulenburg. — 2e édition).

Burckhardt (H.) — Angiome de la cloison (*Bericht ü d. Betrieb. d. Ludwigs Spit. Charlottenlilfe in Stuttg.*, (1884), 1885, 11).

Capart. — Présentation de deux malades atteints de polypes fibreux naso-pharyngiens, guéris par l'électrolyse (*Scalpel*, n° 51, 10 juin 1886).

Cecchini. — L'essence de térébenthine dans les différents cas de carie du rocher et ozène des scrofuléux (*Il Morgagni*, n° 6, 1886).

Cozzolino. — Déviation de la cloison, des os et des cartilages du nez : redressement (*Il Morgagni*, an XXVIII, p. 1, n° 3, Naples 1886, et extrait chez Vallardi, Milan).

Cozzolino. — Appareils nouveaux et modifiés pour les maladies du nez, de l'oreille, etc. (*Rivista clinica e Terapeutica*, an VIII, n° 3, Naples 1886).

Cozzolino (V.). — Catarrhe pharyngo-nasal (arthritique?) avec concrétions, muqueuses (*Bollet. de. mal. dell' Orecch.*, etc., n° 4, 1er juillet 1886).

Davies (Sidney). — Un cas de rhinosclérome (*British Medic. Journ.* 29 mai 1886).

Farnham (A. B.). — Deux principes qui devraient déterminer quand il faut opérer dans les fosses nasales (*The N.-Y. Med. Journ.*, 3 juillet 1886).

Gallozzi. — Opérations d'autoplastie (rhinoplastie) (*Riforma medica*, an II, n° 81, Naples 1886).

Goodwillie. — Traitement des suites de la syphilis du nez, de la bouche et de la gorge (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 26 juin 1886).

Heymann. — Etats pathologiques d'origine nasale (*Deutsche mediz. Ztg.*, nos 45, 46 et 53, 3 et 7 juin et 1er juillet 1886).

Hubert (Clinique Jurasz). — Des déviations de la cloison nasale et de leur traitement (*Suite et fin*) (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 20, 18 mai 1886).

Jacobi (Putnam). — Epistaxis profuse; dilatation et dégénérescence graisseuse du cœur (*N.-Y. Pathologic. Soc.*, 12 mai, et *The N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).

Kjellmann. — Des certaines névroses produites par des altérations des fosses nasales (*Hygiea*, Stockolm, 1886, pages 59-71).

Koehler. — Deux cas de fièvre des foins (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 23, 7 juin 1886).

Lublinski. — De l'asthme et des affections des fosses nasales (*Deutsche mediz. Ztg.*, nos 41, 20 mai 1886).

Moriartg. — Un cas de rhinolithe (*The British Med. Journ.*, 10 avril 1886).

Noquet. — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Bulletin med. du Nord*, n° 4, avril 1886).

Poehl (Vander). — Des déviations de la cloison nasale (*The medic. Record*, New-York, 15 mai 1886).

Pooley (Thomas R.). — Tumeur de l'antre d'Highmore et de l'orbite (*Medic. News*, 5 juin 1886).

Postemphi. — Traitement de la rhinoplastie (*Riforma medica*, an II, n° 100, Naples 1886).

Serrand (René). — Traitement du catarrhe naso-pharyngien sec (*Journ. de méd. de Paris*, 20 juin 1886).

Suñé (L.). — Résection sub-périchondrique de la cloison du nez sans sa portion cartilagineuse (*Revista de laryngol.*, etc., n° 11, 1er mai 1886).

Thost. — Des cocci de la pneumonie dans les fosses nasales (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 10, p. 161, 1886).

Tomaxetti. — Abcès aigu rétro-pharyngien (*Riforma medica*, an II, n° 137, Naples 1886).

Van der Ven (G. G.). — Epistaxis (*Geneesk Courant*, Tiel, 1886, n° 5).

Watson (Spencer). — Fracture des os du nez et maxillaire suivis de nécrose et de formation d'abcès avec ptosis ; Extraction du séquestre ; Remarques (*The Lancet*, 22 mai 1886).

Weinlechner. — Rhinophyma (*Soc. império-royale des médecins de Vienne*, 11 juin, et *Wien. med. Presse*, 4 juillet 1886).

Larynx et Trachée.

Abate. — L'électricité et la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs (*Catania*, 1886).

Ariza (R.). — Des paralysies laryngées frustes. (*Rivista de lar. otol.* etc., n° 12, juin 1886).

Aubone (G.). — Blessure volontaire du larynx (*Rivista Argentina de Cienc. Med.*, n° 5, mai 1886).

Bassols y Prim. — Des altérations de la voix dans la période prémonitoire de la tuberculose pulmonaire (*Rivista de Laring.* etc., etc. III, n° 1, juillet 1886).

Bassols-Prim. — Considérations sur la voix (à suivre) (*Gaceta med. Catalana*, 15 juillet 1886).

Bauti. — Aphasie et ses formes (*Lo Sperimentale*, an XV, n°s 3 et 4, Florence 1886).

Bennett (E.-H.). — Altérations du larynx consécutives à la laryngo-trachéotomie (*Academy of. Medecine in Ireland*, 9 avril, et *The Lancet*, 10 juillet 1886).

Bergmann. — Démonstration des pièces anatomiques d'un cas de laryngite hypertrophique sous-glottique (*Gesellschaft der practischen Aerzte zu Riga*, 15 janvier, et *Petersburger med. Wochenschr.*, n° 25, 1886).

Besançon. — Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches, etc. (*Soc. Anatom.* Paris, 19 mars, et *Progès med.*, 12 juin 1886).

Charcot. — Leçon sur le mutisme hystérique (*Gaz. des hôpit.*, n° 72, 22 janvier 1886).

Coats (J.). — Observations concernant la théorie du murmure respiratoire et le point d'origine du soit-disant murmure vésiculaire dans un cas d'extirpation du larynx faite par le Dr Newman (*The Lancet*, 3 juillet 1886).

Coppens. — Epithélioma du larynx (*Bulletin méd. du Nord*, n° 5, mai 1886).

Councilman (W.-T.). — Plaie par armes à feu, diverticule de la trachée et de l'œsophage (*Clinical. Soc. of Maryland*, 19 mars 1886, et *The med. and Surg. Reporter*, Philadelphia, 29 mai 1886).

Daremberg (G.) et **Verneuil** (A.). — Observation de trachéocèle (*Revue de chirurgie*, n° 5, 10 mai 1886).

Desvemine. — De la contraction paradoxale de Wesphal en laryngo-dynamie (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, n° 5, mai 1886)

M'Donagh. — Un cas d'hypertrophie considérable des bandes ventriculaires avec réunion partielle dues à une blessure du larynx (*Canad. Pract.* Toronto, 1886, XI, 69).

Donaldson (F.). — Des fonctions du récurrent. Etudes expérimentales faites dans le laboratoire biologique de « Johns Hopkins University » (*The Americ. Journ. of. the med. Sciences*, juillet 1886).

O'Dwyer. — Sténose chronique du larynx traitée par une nouvelle méthode, avec une observation à l'appui (*The Medic. Record*, 5 juin 1886).

Eichrorst (H.). — Paralysie des muscles du larynx (*Anal. de otol. y laring.*, n° 4, 1886).

Fasano (Adolfo). — Deux cas remarquables d'érysipèle du larynx avec remarques sur l'étiologie de cette affection (*Monatsschr. f. Ohrenh.* n° 5, mai 1886).

Fournier. — Notes sur le traitement médical de la laryngite tuberculeuse (*Thèse Paris*, juillet 1886).

Garrod (A.). — Notes sur l'emploi du laryngoscope (Longmans, Green et Cie, édit., Londres 1886, 54 pages).

Guaita. — Spasme de la glotte symptomatique de troubles intestinaux (*Archivio di Patologia Infantile*, an IV, n° 3, Naples 1886, et tirage et part, Milan).

Hooper (Franklin H.). — Des positions des cordes vocales paralysées (*N.-Y. med. Journ.*, 5 juin 1886, et *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., n° 6, juin 1886).

Krause. — Des troubles de la fonction du larynx dans les affections du système nerveux central. (*Arch. f. Psychiat*, Berlin 1886, XVII, pages 288-290).

Labbé (L.). — Extirpation totale du larynx. Tiraillement du pneumogastrique Sidération; Respiration artificielle réussissant au bout d'une demi-heure (*Gaz. des hôpit.*, n° 80, 10 juillet 1886).

Landour, Cahn, Baratoux. — De la voix (*Soc. franç. de l'hygiène*, Paris 1886).

Leroy. — Considérations critiques sur une nouvelle variété de laryngite, désignée en Allemagne, sous le nom de laryngite hypoglottique de Ziemssen (*Journ. des scienc. méd.*, n°s 21 et 22, 27 mai et 3 juin 1886).

Lublinski. — Un cas de polype du larynx guéri par la méthode de Voltolini (*Soc. de médecine de Berlin*, 12 mai, et *Deutsche med. Ztg.*, n° 42, 24 mai 1886).

Mackensie (U.). — Hygiène de l'organe vocal (Londres 1886, in-8°, p. 236).

Masini. — Complication laryngée rare de la pneumonie fibrineuse (*Riforma medica*, an II, n° 107, Naples 1886).

Mayor (Geo.-V.). — Chorée du larynx (*Canada med. and surg. Journ.*, janv. 1886).

Mouktar. — Du diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose au début (*Thèse Paris*, juillet 1886).

Nailler (H.-A.). — Abcès du larynx (*South Indian. Branch. Central Museum* Madras, 5 février, et *The British med. Journ.*, 10 juillet 1886).

Nancrede. — Trachéotomie (*Philadelphia Acad. of Surgery*, 3 mai, et *Philadelphia med. Times*, 12 juin 1886).

Pilcher. — Extirpation du larynx (*Annaes of Surgery.*, janv. 1886).

Ransoloff (J.). — Trachéotomie (*Med. and Surg Reporter*, 27 février 1886).

Raymond. — Sur un cas de rhumatisme articulaire aigu, avec accidents laryngés graves (*Gaz. méd. de Paris*, 17 juillet 1886).

Rummo — Laryngite hypoglottique de Ziemssen : nouvelle variété de laryngite (*Riforma medica*, an II, n° 158, Naples 1886).

Sajous (Ch.E.). — Discours à propos de la laryngologie (*Pennsylvania state Med. Soc.* du 2 au 4 juin et *The Med. Record*, 12 juin 1886).

Schnitzler. — Contribution à l'étude de la syphilis laryngée et pulmonaire (*suite*) (*Wiener medic. Presse*, n° 24, 13 juin 1886).

Schwartz. — Des tumeurs du larynx (*Thèse d'agrégation*, Paris 1886, chez A. Doroy, 52, rue Madame).

Shattuck. — Spasme laryngé chez des adultes. Rapport de deux cas, l'un dû à un goître, l'autre d'origine indéterminée (*Boston med. and surg. Journ.*, 7 janvier 1886).

Smith (Lewis). — Ganglions bronchiques hypertrophiés avec dégénérescence caséeuse (*N.-Y. Patholog. Soc.*, 12 mars, et *N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).

Simon (J.). — Un nouveau cas d'adénopathie intra-thoracique en général (*Gaz. des hôpit.*, pages 559, 581 et 605, 1886).

Solis Cohen (J.). — Trois cas de compression du récurrent par des causes différentes, avec fixation de la corde vocale gauche en position de phonation (*College of Physicians of Philadelphia* et *Med. News*, 3 juillet 1886).

Sota (R. de la) **y Lastra** (J.). — Des arthrites crico-aryténoïdiennes (*Revista de laring. otol.*, etc., t. II, n° 1, juillet 1886).

Souchon (E.). — Un cas de trachéotomie « post mortem » suivie de la résurrection du malade (*N.-Y. Medic. Journ.*, 3 avril 1886).

Uruñuela — Laryngite phlegmoneuse aiguë suppurée, asphyxie imminente (*Revista de Laring., Otol. y Rhin.*, t. II, n° I, juillet 1886).

Waxham. — Du biberon employé dans les cas de cathétérisme du larynx (*Chicago gynæcol. Soc.*, 19 février 1886. *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 3 avril 1886).

Whittaker. — Spasmes du larynx dans le rachitisme (*Assoc. of. Americ. Physicians* tenue à Washington le 17 et le 18 juin, et *Medic. News*, 26 juin 1886).

Wiederhofer. — Laryngospasme (conférence clinique) (*Allgem. Wiener med. Ztg.*, n° 25, 22 juin 1886).

Wetering. — Un cas de carcinome du larynx (*Monatsschr .f. Ohrenheilk.*, n° 6, juin 1886).

Ziem. — Note sur un mode de conserver les miroirs pharyngiens et laryngiens (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, n° 5, mai 1886).

Oreilles

Atkin. — Un cas d'otorrhée avec symptômes peu communs du côté de la tête (*Med. Press. et Circ.*, Londres, 1886, p. 146).

Barker (Arthur). — Du traitement de l'otorrhée ulcéreuse (*British. Med. Journ.*, 26 juin 1886).

Brown (Sanger) [Service du Dr Nichols]. — Hématome de l'oreille. Trois cas traités par le massage galvanique uni à l'application des sangsues (*The Med. Record*, 19 juin 1886).

Burnett (Ch.). — Rapport sur les progrès en otologie (*Med. Times*, 26 juin 1886).

Bürkner. — Rapport sur les maladies observées en 1885 à la policlinique d'otologie de Gœttingen (*Archiv. f. Orenheilk.*, Bd. XXIII, Heft 4, 15 juil. 1886).

Ceci. — Abcès mastoïdien, trépanation de l'apophyse mastoïde (*Bollet del. R. Acad. med.*, Gênes, n° 1, 1886, année II).

Chatelier (Henri). — Otite moyenne suppurée droite; Polype du conduit; Carie du rocher; Eruption d'herpès dans le conduit et sur le pavillon (*Annal. des mal. de l'oreille*, n° 6, juin 1886).

Clairborne Herbert (J). — Correspondance sur la clinique des maladies de l'oreille du prof. Lucae, de Berlin (*Virginia med. Monthly*, Richmond, avril 1886, n° 1).

Dalby (W.-B.) — Des fonctions du tympan démontrées par des maladies (*The Americ. Journ. of. the Med. Sciences*, juillet 1886.

Giampietro. — De la myringotomie (*Ciornale Internazionale delle scienze med.*, an VIII, n° 4, Naples 1885).

Gomez de la Mata. — Maladies du tympan et leur traitement (*Anales de Otol. y Laring.*, n° 4, 1886).

Gradenigo (Giuseppe). — De l'organe de l'ouïe dans la leucémie (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).

Hermet. — Chancre induré de l'oreille (*Annales de dermatologie et syph.*, Paris, 1886).

Högyes (A.). — D'un nouveau phénomène réflexe de l'acoustique (*Académie des sciences hongroise*, séance du 15 mars 1886, et *Zeitschrift f. Nervenheilkunde*).

Horsley (Victor). — Un cas de suppuration des cellules mastoïdiennes, thrombose du sinus latéral droit (*Brit. med. Journ.*, 5 juin 1886, *Report de Clin. Soc. of London*).

Houghton (H. C.) Conférences cliniques sur l'otologie (Boston, 1885, chez Otis Clapp et fils).

Hulke (J. W.). — Remarques sur la trépanation ayant pour but d'évacuer les abcès intercraniens survenant au cours des suppurations de l'oreille avec figures (*The Lancet*, 3 juillet 1886).

Ferreri. — Du traitement chirurgical dans les maladies de l'oreille. (*Lo Sperimentale*, an II, n° 3, Florence 1886).

Jones (Charles N. Dixon). — Otite moyenne supurée aiguë; méningite sépthique, pyémie, fièvre intense, mort au huitième jour (*The N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).

Istamanoff. — Des relations qui existent entre les fluctuations de la température et de la circulation du sang dans le cerveau (*Pflüger's Arch. für die ges. Physiol.* Bd 38, 3 et 4. 1886).

James (J.-H.). — Rapport sur un cas d'otite moyenne aiguë suppurée, suivie d'abcès mastoïdien; Opération; Guérison. (*Transactions Minnesota Med. Society*. Saint-Paul, 1885, 148-151).

Jones. — Affection de l'oreille moyenne compliquée de « keratosis obturans » (*Saint-Louis Courier of Med.*, avril 1886).

Keller. — Travaux anciens et récents sur le peroxyde d'hydrogène (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 6, juin 1886).

Keown. — Persistance de la perforation de la membrane du tympan (*The Dublin Journ. of Medic. Scienc.*, avril 1886, p. 357).

Kirchner. — Des blessures de l'oreille (*Physikalisch-medic. Gesellschaft Wurzburg*, 19 juin 1886, et *Münchener med. Wochenschr.*, n° 27, 6 juillet 1886).

Klug (F.). — De l'expérience de Flourens (*Orvosi Hetilap*, n° 6, 1886, et *Monatschr. f. Ohrenh.*, n° 5, mai 1886).

Kretschmann (F.). — Rapport sur la clinique otologique de l'Université de Halle en 1885 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).

Little (J.-F.). — Maladie de Menière traitée par les bains d'air comprimé (*Brit. Med. Journ.*, Londres 1886, pag. 399).

Mathewson (A.). — Maladies du cerveau consécutives aux affections de l'oreille et de l'os temporal (*The N.-Y. Med. Journ.*, 12 juin 1886).

Masini. — Sur l'otorrhée. (*Riforma medica*, an II, nos 148, 149, Naples 1886).

Modrzyewsky. — Traitement des inflammations chroniques de l'oreille moyenne (*Gaz. lek.*, no 13).

Pomeroy (O.-D.). — Un cas mortel d'otite moyenne suppurée avec formation d'abcès du cervelet, nécrose et carie de l'os pétreux et hyperostose de la voûte de la caisse (*New Eng. Med. Monthly Bridg. port*, Conn., 1885-6, V, 106, III).

Prussak. — De la perforation du tympan (*Zesh. Kl. Gas.*, nos 3 et suivants).

Ramsdell (B.). — Maladies de l'oreille de l'enfance (*Med. Soc. of the County of New-York*, 24 mai, et *The Med. Record*, 29 mai 1886).

Roller. — De la paracousie de Willis (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1885).

Schmiegelow. — Suppuration chronique de l'oreille moyenne et son traitement (*Biblioth. f. Laeger, Kjobenh*, 1886, XVI, pag. 137-169).

Shawbridge (E). — Otologie médicale (*Syst. Pract. Med.* [Pepper] Philadelphie, 1886, IV, pag. 807-841).

Stetter. — Des effets thérapeutiques de l'Iodol dans les otorrhées (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).

Taffani. — De l'organe de l'ouïe. Nouveaux essais d'anatomie comparée. (Florence 1885).

Tangeman (C.-W.). Rupture du tympan (*Nashville Journ. Med. and Surg.*, 1886 u. s. XXXVII, pag. 59-62).

Tillaux. — Leçon sur les abcès mastoïdiens (*Le Praticien*, no 21, 24 mai 1886).

Turnbull (L). — Quelques formes rares de tintement d'oreille ou des bourdonnements subjectifs et objectifs (*Thérap. Gazette*, Detroit, 1886, 3 S. II, pag. 156-157).

Verdos. — Littérature otologique espagnole (*Rev. de laring., ot.*, etc., no 12, juin 1886).

Vivodtsev. — Un cornet acoustique pouvant se démonter (*Vratsch Saint-Petersbourg*, 1886, VII, 9).

Weil — Deux petites modifications du procédé de Politzer (*Monatsschr. f. Ohrenh.*, no 5, mai 1886).

Williams (C.). — Inflammation tuberculeuse primitive de l'oreille moyenne (*Trans. Minnesota Med. Society* Saint-Paul, 1885, pag. 161-163).

Zuckerkandl. — Contribution à l'étude de l'anatomie comparée de la trompe (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXIII, 4 Heft, 15 juillet 1886).

Croup et Diphtérie.

Barthélémy et Blanchereau. — Traitement de la diphtérie par l'eucalyptus et l'essence de térébenthine (*Journ. de méd. de l'Ouest*, 3 juin 1886).

Bergonzini. — Traitement de la diphtérie (*Rassegna di Scienza mediche*, an 1, n° 6).

Bertalero. — Croup et son traitement (*Gazzetta medica di Torino*, an 37, nº 2, Turin, 1886).

Bloebaum. — Diphtérie et son traitement par la galvanocaustie (*Congrès de médecine*, tenu à Wiesbaden du 14 au 17 avril, et *Deutsche med. Ztg.* nº 43, 27 mai 1886).

Brown. — Notes sur un cas de bronchite croupale (*Bristol med. chir. journ.*, juin 1886, nº 12).

Claiborne Herbert (J.). — Note pratique sur la diphtérie (*Virginia med. Monthly, Richmond*, avril 1886, nº 1).

Crittenden. — Traitement de la diphtérie (*Virginia Med. Monthly, Richmond*, avril 1886).

Dessan (Henry). — Du traitement de la diphtérie (*The Med. Record*, 10 juin 1886).

Dubrisay. — Angine diphtéritique chez un enfant de 12 ans. Paralysie consécutive. Mort (*Union méd.*, nº 73, 29 mai 1886).

Duval. — Traitement de la diphtérie (Angine couenneuse, croup), par la bière joubarbée (In-4º, 46 pages).

Goldschimdt. — Diphtérie (*Deutsche mediz. Ztg.*, nº 57, 15 juillet 1886).

Gomez de la Mata (F.). — Traitement de l'angine diphtéritique et du croup (*Gac. de oftalmol., Otol.*, etc., Madrid, nº 7, juillet 1886).

Greenley. — Croup pseudo-membraneux (*The Amer. Practit. and News*, Louisville, 29 mai 1886).

Guidi. — Néphrite diphtéritique primitive (*Archivio di Patologia Infantile*, an IV, nº 1. Naples. 1886).

Heubner. — Diphtérie scarlatineuse et son traitement (*Congrès de médecine* tenu à Wiesbaden du 14 au 17 avril et *Deutsche med. Ztg.*, nº 43, 27 mai 1886).

Holt (Emmet). — De la non-identité de l'amygdalite croupale et de la diphtérie (*The N.-Y. Med. Journ.*, 8 mai 1886).

Howe. — Croup, diphtérie et trachéotomie (*Eclectic med. journ.* Cincinnati, juin 1886).

Le Gendre. — Deux angines diphteritiques, l'une précédée, l'autre suivie d'otite. Importance des soins dans la diphtérie (*Conc. méd.*, p. 196).

Leslie (Philippe). — De l'identité du croup membraneux de la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 5 juin 1886).

Lovat A. Mukahy. — Traitement de la diphtérie; localisation des bactéries dans quelques maladies (*Revista med. Quirurg*, Buénos-Ayres. 8 mai 1886, nº 3).

Mackie. — Croup membraneux et diphtérie (*The Brit. med. journ.*, 19 juin 1886, p. 1164).

Maglioni. — Traitement abortif de la diphtérie (*Revista Argentina de sc. med.*, nº 5, mai 1886).

O'Neil (M.-A.Y. — Diphtérie (*Cincinnati Lancet and Clinic*, 9 janv 1886).

Parker (Thornton). — Du traitement de la diphtérie (*The N.-Y. Medic. Journ.*, 8 mai 1886).

Penny (E.). — Diphtérie (*British. Med. Journ.*, 3 juillet 1886).

Simon (I.). — De quelques cas d'angine couenneuse (*Gaz. des hôpit.*, 8 juillet 1886).

Whitehouse. — Croup et diphtérie (*British. Med. Journ.*, 3 juillet 1886).

Varia.

Bachem (J.). — Du traitement de la coqueluche par des insufflations de quinine dans les fosses nasales (*Centralbl. f. Klin. Medicin*, n° 24, 12 juin 1886).

Ballet. — Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie (*Thèse d'agrégation*, Paris, 1886, chez F. Alcan).

Barker (A.-F.). — De l'extirpation de tumeurs profondes du cou (*The Lancet*. n° 22, 29 mai 1886).

Bottini. — Extirpation du goître (*Gazzetta degli Ospitali*, an VII, n° 45, Milan, 1886).

Bovet. — D'un cas de rétrécissement de l'œsophage (*Union méd.*, n° 72, 27 mai 1886).

Bramwell (J.-P.). — Un cas de thyroïdectomie (*British Medic. Journ.*, 29 mai 1886).

Bresgen (M.). — Des voies de l'intoxication par la cocaïne (*Allgem. med. Central Ztg*, n° 14, 1886).

Cabadé de Valence. — Fistules parotidiennes (*Soc. de chir de Paris*, 7 juillet 1886).

Catellan (P.). — Sur un point de la technique de la thyroïdectomie (*Thèse de Bordeaux*, 22 février 1886).

Chicken (Rupert C.). — Un cas d'excision d'un kyste de la glande thyroïde (*British Med. Journ.*, 26 juin 1886).

Coën (R.). — Pathologie et thérapeutique des anomalies du langage (Vienne, 1886, chez Urban et Schwartzenberg).

Cormac (William-Mac). — Dentier engagé dans l'œsophage; ablation faite avec succès par l'œsophagotomie (*The Lancet*, n° 22, 29 mai 1886).

Crespi. — Résection du corps du maxillaire inférieur et extirpation de tout le plancher de la bouche. Restauration de ce dernier au moyen de la langue (*Gaz. degli Ospitali*, 25 et 30 mai 1886, n°s 42 et 43).

Fazio. — Goître ordinaire compliqué de continuelles palpitations du cœur (*Eco dello Clinich*, n° 6, Naples 1886.

Foot (Arthur-Wynne). — Paralysie labio-glosso-laryngée (*The Dublin Journ. of Med. Science*, mai 1886).

Galloxzi. — Fibro-sarcome de la région parotidienne; extirpation (*Riforma medica*, an II, n° 105, Naples, 1886).

Gay. — Cautérisations des ulcérations de la langue dans la coqueluche (*Gaz. des hôp.*, n° 80, 10 juillet 1886).

Gerster (A.-G.). — Corps étranger de l'œsophage (*New-York Surgic. Soc.*. 26 avril, et *Medic. News*, 22 mai 1886).

Goldschmidt. — Y a-t-il dans la glande parotide un ferment préformé ou non? (*Zeitschr. f. phys. Chemie*, X, 4).

Guerder. — Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudre médicamenteuse (*Soc. de méd. pratique*, 23 mai, et *Courrier méd.*, 10 juillet 1886).

Hadra. — Sténose de l'œsophage due à la compression par des tumeurs du médiastin. Deux gastrostomies (*Soc. de médecine à Berlin*, 21 juin, et *Deutsche med. Ztg*, 5 juillet, n° 54, 1886).

Helmkampff. — Parotite (*Deutsche med. Ztg*, n° 47, 10 juin 1886).

Jacobson. — Une méthode de bronchoplastie (*Archiv. f. Chir.*, 33, III).

Jazio (J.). — Goître ordinaire compliqué de continuelles palpitations de cœur (*Eco delle cliniche*, an I, n° 6, Naples, 1886).

Jazio (E.). — Coqueluche et parotides épidémiques (*Riforma medica*, an II, n° 64, Naples, 1886).

Joal. — De l'orchite et de l'ovarite amygdaliennes (*Archives générales de méd.*, mai et juin 1886).

Kendal (F.). — Sur la nature des ganglions scrofuleux du cou et leur traitement chirurgical (*The Lancet*, 19 juin 1886).

Lannois et Lemoine. — Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons (*Arch. de neurol.*, n° 31, 1885).

Lepidi. — Toux hystérique : étude sur les sédatifs (*Riforma medica*, an II, n° 150 et suiv., Naples, 1886).

Mackenzie (Hunter). — Traité pratique sur les crachats avec données spéciales pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons (*The Dublin Journ. of Med. Science*, mai 1886).

Madrazo (E.-D.) et **Simonea y Zabalegui.** — Œsophagotomie externe sans résultat, gastrostomie, guérison (*Gaceta Medica Catalana*, 15 juin 1886).

Massei. — Le salicylate de cocaïne et la piridine dans le traitement de l'asthme (*Rivista clinica e Terapeutica*, an VIII, n° 4, Naples, 1886).

Maydl (C.). — Nouveau procédé de dilatation des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage dans les cas de fistule de l'estomac *Allgem. Wien. med. Ztg*, n° 24, 15 juin 1886).

Müller (E.). — De l'extirpation intra-capsulaire des kystes du corps thyroïde (*Mitteilungen aus der Chirurgischen Klinik zu Tübingen*, II, 1, 1886).

Parker (Thornton). Quinine dans le traitement de la coqueluche (*Med. Times*, 26 juin 1886).

Pflimlin. — Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage (*Thèse Paris*, juillet 1886).

Roth. — De l'incubation et de la contagiosité de la parotide épidémique (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 20, 18 mai 1886).

Ruggi. — Tumeurs de la tête et du cou (*Riforma medica*, an II, n° 99, Naples, 1886).

Sando. — Guérison durable d'un rétrécissement de l'œsophage (*N.-York Surg. Soc.*, 24 mai, et *Med. News*, 12 juin 1886).

Saundby. — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Brit. med. journ.* 5 juin ; Rapport de *Birmingham and Midland Counties*, 7 mai 1886).

Schlegtendal. — Gastrostomie dans un cas de rétrécissement double de l'œsophage (*Archiv. f. Chir.*, 33, III).

Schrwald. — De l'injection de liquides dans la trachée à travers la peau, leur passage dans le poumon et leur action sur ce dernier et l'organisme en général (*Deutches Arch. f. Klin. Med.*, 39 Bd, 1 et 2).

Schmidt. — Un cas de cachexie strumiprive (*Soc. de médecine de Berlin*, 12 mai, et *Deutsche mediz. Ztg*, n° 42, 24 mai 1886).

Seifert. — De la cocaïne et du cocaïnisme (*Soc. physico-méd. de Wurzbourg*, 10 avril, et *Münchener med. Wochenschr.*, 10 avril 1886).

Smith (E.). — Adresse en ophtalmologie, otologie et laryngologie (*Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 26 juin 1886).

Vachell. — Un cas de goître kystique traité par « évidement » (*The Lancet*, 3 juillet 1886).

Vanni. — Considérations cliniques et séméiologiques sur la percussion et l'auscultation de l'œsophage (*Riforma medica*, an II, nº 137 et suiv., Naples, 1886).

Wölfler. — Du traitement opératoire du goître par ligature des artères afférentes (*Wiener med. Wochenschr.*, nº 29, 17 juillet 1886).

Wölfler. — Du traitement opératoire de l'hygroma congénital du cou (*Wiener medic. Presse*, nos 28 et 29, 11 et 18 juillet 1886).

Zabalegui (Simonena). — Rétrécissement de l'œsophage, œsophagotomie, externe sans résultat, gastrostomie, guérison (*Gaceta med. Catalana*, 31 mai 1886).

NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir, que notre savant collaborateur, M. Bryson-Delavan, vient d'être nommé professeur de laryngologie à l'Université de New-York. Il remplace, dans cette chaire, notre ancien collaborateur, M. le Dr L. Elsberg, dont nous avons annoncé autrefois la fin prématurée.

Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à M. le Dr Bryson-Delavan, pour la distinction méritée dont il vient d'être l'objet.

NÉCROLOGIE

Prat. — C'est avec une douleur profonde que nous annonçons la mort du Dr Prat qui a succombé, le 27 juin, à une douloureuse maladie qui le tenait depuis assez longtemps éloigné de sa clientèle.

Quoiqu'il se fût adonné spécialement à la pratique des maladies des oreilles, Prat n'était nullement un spécialiste dans le sens étroit du mot : comme beaucoup d'autres, c'était non seulement un savant encyclopédiste auquel aucune partie des sciences naturelles et anthropologiques n'était étrangère, mais c'est de plus un philosophe, un artiste et un écrivain.

C'était par-dessus tout encore un homme de devoir et d'humanité; placé, en 1870, à Bicêtre, dans les salles encombrées de varioleux, il s'y distingua par le plus absolu dévouement. C'est presque sur ce champ de bataille, plus glorieux que lautre, qu'il reçut la décoration de la Légion d'honneur. Il était déjà depuis longtemps officier de l'instruction publique, en récompense du zèle et du talent qu'il avait déployés dans son professorat à l'Association polytechnique.

Thaon. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Thaon de Nice, auteur de plusieurs travaux importants *sur la Tuberculose de l'organe vocal.*

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE

Par le Dr MOURA.

PRÉLIMINAIRES. — ERREUR PHYSIOLOGIQUE

Je dois, dès le début, donner quelques explications sur le procédé employé pour obtenir les dimensions en longueur des lèvres de la glotte.

Mes mesures millimétriques ont pour base deux conditions : celle du *repos* ou *relâchement* — après la mort bien entendu — et celle de la *tension artificielle* portée à son extrême limite.

La statistique relative à la première condition porte sur trois parties savoir : portion *ligamenteuse* ou *membraneuse*, portion cartilagineuse ou aryténoïdienne, totalité des lèvres glottiques.

La statistique de la deuxième condition embrasse les mêmes éléments que la première. L'état de tension a été obtenu au moyen du rapprochement artificiel de l'anneau cricoïdien avec le bord inférieur du cartilage de la pomme d'Adam. Le pouce et l'index, appliqués, l'un sur le bord antéro-inférieur du cricoïde, l'autre au-dessus de l'échancrure thyréoïdienne, maintenaient le rapprochement, c'est-à-dire la tension en long des lèvres de la glotte. Dans aucun cas le larynx n'a subi ni section, ni dissection.

Le mardi 12 août 1879, je fis à l'Académie de médecine lecture de mon premier mémoire, dans lequel je signalais à l'attention de mes honorables et savants confrères une erreur propagée et reproduite par presque tous les ouvrages d'anatomie et de physiologie. Cette erreur est relative au sens suivant lequel a lieu le mouvement d'écartement et de rapprochement des deux cartilages thyréoïde et cricoïde. (Voir le *Bullelin de la Société française d'otologie et de laryngologie*, tome II, fasc. II, pag. 125 et suiv.)

Denis Dodart (1634-1707), médecin de la duchesse de Longueville, de la princesse de Conti et même de Louis XIV, se demandait : « si la diversité des tons « dépendait uniquement de la longueur des ligaments de « la glotte, longueur qui peut varier, dit-il, suivant que « le *cartilage scutiforme est plus ou moins tiré en avant* et « que les *cartilages aryténoïdes* le sont plus ou moins en « arrière. » (Encycl. de Dalembert et Diderot, art. *Voix*.)

Guillaume Cowper (1666-1710), dans sa *Myotomie réformée*, publiée en 1694 et 1724, in-18, à Londres, pensait que le muscle appelé crico-thyroïdien avait pour fonction de tirer le cricoïde en haut plutôt que d'abaisser le thyréoïde.

Le baron de Haller (1708-1777), l'élève d'Albinus, de Ruysch et de Boerhaave, signale à cette occasion *le défaut de machines propres à tirer le cartilage scutiforme en avant*. Il pensa que « l'auteur de l'expérience a cru que le cartilage était porté en avant tandis qu'il était certainement élevé ».

Magendie, en 1813, démontra par ses expériences la véritable action du muscle thyréo-cricoïdien.

Il est vrai que l'illustre Bichat avait cru à ce mouvement en avant du thyréoïde. « Quand il (le resserrement « de la glotte) *se fait*, dit-il, *d'avant en arrière*, ce que j'ai « observé aussi, les aryténoïdiens latéraux et les thyréo- « aryténoïdiens le produisent conjointement avec les « crico-thyréoïdiens *par l'espèce de bascule que ces derniers « font exécuter au thyréoïde.* » (Traité d'anatomie, vol. II, p. 407.)

Après cela, il n'est pas surprenant que l'erreur ait fait son chemin. Longet s'en est servi pour expliquer les conséquences de la section des nerfs laryngés supérieurs.

Quelques auteurs pourtant sont restés dans le doute. Ils se sont demandé quel était celui des cartilages qui se rapprochait de l'autre et si chacun d'eux ne pouvait pas être alternativement soumis aux mêmes mouvements ?

La réponse à ces questions n'est pas, à mon avis, aussi

difficile qu'elle le paraît au premier abord, disais-je à mes confrères :

1° L'anatomie nous apprend que le cricoïde fait partie de la trachée autant que du larynx; il en est le premier anneau et il est de plus suspendu au thyréoïde à la façon d'une balançoire ou d'un trapèze. La physiologie et l'observation démontrent qu'il suit les mouvements d'ascension et de descente du conduit aérien pendant l'émission des sons et l'acte de la déglutition (plus exactement glutition). Le premier venu, ayant quelques connaissances sur l'anatomie de l'appareil de la voix, peut, avec l'index, constater sur lui-même ce va-et-vient du cricoïde ;

2° Un muscle, on le sait, n'a d'action sur le levier qu'il doit mouvoir qu'à la condition d'être fixé par un de ses points d'attache. En outre, si l'une de ses deux insertions a lieu sur une surface plus étendue que celle de l'autre, elle sert de point d'appui à son action.

Cette double condition anatomique appartient au muscle qu'il faut nommer *thyréo-cricoïdien* et non *crico-thyréoïdien*, cette dernière appellation ayant l'inconvénient de donner une interprétation erronée de son rôle actif ou physiologique. Ce muscle a une forme à peu de chose près triangulaire; un de ses côtés, sa base, répond à son attache supéro-postérieure fixe ou tyréoïdienne, tandis que son angle antéro-inférieur est inséré au cricoïde et représente son attache mobile. Son action consiste donc à attirer en haut le cricoïde et la trachée ;

3° Nous savons aussi que celui des deux cartilages qui se trouve immobilisé pendant l'émission des sons élevés est le thyréoïde. Celui-ci est fixé en haut par les muscles de la région hyoïdienne et par ceux du pharynx. A cet instant seulement le muscle thyréo-cricoïdien entre en action; il attire vers le bord inférieur du thyréoïde l'anneau cricoïdien et avec lui la trachée. Un mouvement d'équerre ou de sonnette est ainsi produit : le cricoïde subit de bas en haut un déplacement qui,

d'une part, rapproche sa moitié antérieure du thyréoïde et, d'autre part, porte en arrière sa moitié postérieure sur laquelle sont articulés et fixés les deux aryténoïdes. Ce double mouvement de bascule cricoïdien et aryténoïdien a pour effet l'allongement des lèvres vocales d'une quantité proportionnelle à leur degré d'élasticité ;

4° Enfin il est reconnu que l'instant où le cartilage thyréoïde est porté en bas et exécute l'apparence de mouvement de bascule signalé par Bichat est celui qui correspond à l'inspiration pulmonaire. Ici la glotte est largement ouverte; le muscle thyréo-cricoïdien n'ayant pas à intervenir est au repos, relâché; d'ailleurs il ne pourrait prendre point d'appui sur la trachée, puisque ce conduit est dépourvu de fixité. Il n'en est pas de même du muscle sterno-thyréoïdien, muscle extrinsèque, essentiellement inspirateur; c'est lui qui, attirant en bas le thyréoïde sur lequel il a son attache supérieure mobile, lui imprime un léger mouvement de bascule qui le porte en avant et le rapproche du cricoïde à chaque inspiration.

Certains physiologistes se sont donc mépris en mettant sur le compte du thyréo-cricoïdien l'abaissement du cartilage thyréoïde.

Dans un mémoire publié en 1884, le Dr Hooper, de Boston, a soumis les nerfs laryngés supérieurs à des expériences dynamiques qui sont venues confirmer celles de Magendie. Ces nerfs ont été fixés sur des électrodes et un appareil enregistreur adapté aux cartilages thyréoïde et cricoïde permettait de fixer le sens de l'action du muscle thyréo-cricoïdien. Ces expériences ont été faites en collaboration avec M. le professeur Henri Bowditch, dans le laboratoire physiologique de l'École de médecine de Harvard. Le Dr Hooper y classe en six catégories les physiologistes à propos de l'action du thyréo-cricoïdien.

Chapitre I. — Longueur des diverses parties des lèvres de la glotte, dites « cordes vocales ».

§ I. — *Chez la femme, 58 sujets :*

1° Mesurées au moment du repos ou du relâchement, les lèvres vocales ont présenté les moyennes suivantes :

Portion membraneuse..... 11mm;
— cartilagineuse..... 5mm5;
Totalité..... 16mm5.

Les dimensions les plus fréquentes se sont trouvées :

Pour la portion élastique : 12 fois de 10 et 11mm, et 11 fois de 9mm;
— cartilagineuse : 16 fois de 6mm, 15 fois de 5mm, 10 fois de 7mm ;
Totalité.... 13 fois de 15mm, 9 fois de 17mm, 8 fois de 14 et 16mm.

Les longueurs extrêmes ont été :

Pour la partie ligamenteuse de..... 8 et 15mm;
— cartilagineuse de..... 3 et 9mm;
Totalité..... 12 et 22mm.

Les moyennes longueurs extrêmes sont ainsi : 11mm5, 6mm et 17mm.

2° A l'état de tension les moyennes dimensions ont fourni :

Pour la portion membraneuse 14mm;
— cartilagineuse..... 6mm;
Totalité..... 20mm.

Les dimensions les plus fréquentes ont donné :

Pour la partie membraneuse 18 fois 14mm, 11 fois 13mm;
— cartilagineuse 18 fois 6mm, 15 fois 5mm, 10 fois 10mm;
Totalité.... 14 fois 20mm, 12 fois 19mm, 10 fois 22mm.

Les longueurs extrêmes étaient comprises :

Pour la portion membraneuse entre..... 10 et 19mm;
— cartilagineuse ..... 3 et 9mm;
Totalité..... 16 et 25mm.

Les moyennes longueurs extrêmes sont ainsi : 14mm5, 6mm, et 20mm5.

§ II. — *Chez l'homme, 133 sujets :*

1° État de repos, longueurs moyennes :

Portion membraneuse..... 15mm;
— cartilagineuse..... 7mm5;
Totalité..... 22mm5.

Dimensions les plus fréquentes :

Portion membraneuse..... 35 fois 15mm, 27 fois 16mm;
— cartilagineuse..... 30 fois 8mm, 29 fois 6mm, 27 fois 7mm;
Totalité..... 28 fois 23 mm, 19 fois 22mm, 14 fois 24mm, 12 fois 21 et 26mm.

Extrêmes longueurs :

Portion membraneuse..... 10 et 22mm;
— cartilagineuse..... 4 et 12mm;
Totalité.....: 18 et 31mm.

Les moyennes extrêmes sont donc : 16mm, 8mm et 24mm5.

2° Etat de tension, longueurs moyennes :

Portion membraneuse 19mm9;
— cartilagineuse..... 7mm5;
Totalité ..... 26mm5.

Dimensions les plus fréquentes :

P. membraneuse : 26 fois 19mm et 20mm, 24 fois 18mm, 22 fois 17mm;

P. cartilagineuse : 31 fois 7mm, 26 fois 8 et 9mm, 21 fois 6mm, 16 fois 10mm;

Totalité : 23 fois 27mm, 19 fois 26mm, 17 fois 25mm et 28mm, 13 fois 30mm.

Longueurs extrêmes :

P. membraneuse ..... 13 et 26mm;
P. cartilagineuse..... ..... 4 et 13mm;
Totalité ..... 21 et 36mm.

Moyennes extrêmes : 19mm5, 8mm5 et 28mm5.

§ III. — *Etat de la science relativement aux dimensions des lèvres vocales ou de la glotte.* — Les longueurs moyennes adoptées par les auteurs se rapportent presque toutes au diamètre antéro-postérieur de la glotte, c'est-à-dire à la totalité de la lèvre vocale, et les chiffres consignés dans leurs ouvrages sont loin d'être d'accord.

Chez la femme, le diamètre de la glotte peut avoir, pour les uns, 15 à 18^{mm}, pour les autres, 16 à 18^{mm}, et pour certains, 7 lignes ou 18^{mm}.

Chez l'homme, les anciens auteurs jusqu'à Cruveilhier donnaient à ce diamètre 10 à 11 lignes, soit 22^{mm}25 à 24^{mm}8.

Après eux, voici les diverses moyennes signalées : 23^{mm} à 25^{mm}, 20 à 24^{mm}, 20 à 30^{mm}, 25 à 30^{mm}.

Dans quelques ouvrages, on trouve, pour la portion membraneuse, 15^{mm}, et, pour la totalité de la lèvre vocale, 11 lignes ou 25^{mm} environ.

Lauth et Muller donnent 7 lignes à la portion membraneuse et 4 lignes à la portion cartilagineuse.

Enfin, il en est qui, comme Brachet par exemple, admettent que la glotte, pendant l'émission des sons, peut subir un allongement ou un raccourcissement de 3 lignes, c'est-à-dire de 6 à 7^{mm}.

On voit, par ce résumé, combien la science est encore peu fixée sur les moyennes dimensions des diverses parties de la glotte. J'ai cherché, par ma statistique, quelque insuffisante qu'elle soit, à faire cesser cette incertitude.

Les moyennes dimensions, chez la femme, sont les suivantes :

	1° *État de repos.*	2° *État de tension.*
P. membraneuse.....	11^{mm};	14^{mm};
P. cartilagineuse	5^{mm};	6^{mm};
Totalité.....	16^{mm};	20^{mm};
Et chez l'homme :		
P. membraneuse.....	15^{mm}5;	19^{mm}5;
P. cartilagineuse.....	7^{mm}5;	8^{mm};
Totalité.....	23^{mm};	27^{mm}5.

Chapitre II. — Résultats fournis par l'examen des longueurs moyennes des lèvres vocales.

§ I. — *Chez la femme.* — Cet examen démontre, en premier lieu, que si la longueur moyenne de la portion membraneuse, dite avec raison *partie vibrante* ou *élastique*, a été de : 11^{mm} au repos, les dimensions les plus fréquentes étaient : 10 et 11^{mm}, en égal nombre, et la moyenne extrême : 10^{mm}5. C'est une différence d'un demi-millimètre à un millimètre, suivant la moyenne adoptée.

La portion cartilagineuse est représentée par 5^{mm}5, moyenne statistique; et par 6^{mm}, moyenne extrême; l'observation donne 5 et 6^{mm} comme les plus fréquentes longueurs. Il en résulte que la longueur moyenne la plus exacte est de : 5^{mm}5.

Les moyennes dimensions de la lèvre vocale entière ont été de : 16^{mm}5 (statistique), 17^{mm} (extrême), 15 et 17^{mm} pour les plus fréquentes. Le nombre 16^{mm} est celui qui, par conséquent, se rapproche le plus de la vérité.

Nous avons ainsi, chez la femme, les chiffres suivants qui représentent les moyennes longueurs de la lèvre vocale pendant son état de repos ou de relâchement : 10^{mm}5; 5^{mm}5; 16^{mm}.

Les résultats obtenus pendant la tension artificielle ont donné comme moyennes :

Statistique :	14^{mm};	6^{mm};	20^{mm}.
Fréquence :	14^{mm};	6^{mm};	20^{mm}.
Extrêmes :	14^{mm}5;	6^{mm};	20^{mm}5.

Ces nombres étant presque identiques, 14^{mm}, 6^{mm}, 20^{mm}, seront nos moyennes vraies.

Les auteurs qui attribuent 18^{mm} au diamètre antéro-postérieur de la glotte, à l'état normal ou de repos, chez la femme, adoptent donc un chiffre trop élevé de deux millimètres.

Le même examen démontre, en second lieu, que les diverses longueurs des lèvres vocales, *au repos*, comprennent :

8 variétés millimétriques pour la portion membraneuse;
6 — — — cartilagineuse;
11 — — — la totalité;

et à l'état de tension : 9, 6 et 9 variétés.

Si nous faisons intervenir la mensuration par demi-millimètres, imitant en cela les chanteurs et les musiciens qui ont divisé les tons en demi-tons, nous obtenons, comme variétés, les nombres : 16, 12 et 22 pour le repos, 18, 12 et 18 pour l'état de tension.

Les variétés millimétriques et demi-millimétriques qui méritent de fixer notre attention, se rapportent à la partie élastique ou sonore de la lèvre vocale au repos, car elle seule subit les modifications les plus intéressantes pendant la phonation.

En troisième lieu, la statistique nous apprend que cette portion membraneuse s'allonge, en moyenne, de 3^{mm}, et la lèvre entière de $3^{mm}5$, par le seul fait du rapprochement des deux cartilages thyréoïde et cricoïde. Cet allongement est tantôt moindre, tantôt plus élevé, variant entre 1 et 6^{mm}; il a été 21 fois de 3^{mm}, 19 fois de 4^{mm}, et la moyenne réelle de cette élasticité est de : 3^{mm}, 5. Transformée en demi-millimètres, elle comporte 7 demi-millimètres. Ce dernier chiffre ajouté aux 16 variétés signalées plus haut, fournit un ensemble de 23 dimensions demi-millimétriques, pour la partie élastique de la lèvre de la glotte.

Le sujet sur lequel j'ai relevé un accroissement de 6 millimètres de la portion membraneuse, était âgé de quarante-neuf ans.

J'ai constaté 5^{mm} d'allongement, sur trois autres âgés de vingt, trente-deux et trente-trois ans. Les 4^{mm} d'augmentation appartenaient à neuf sujets de dix-sept à trente ans, à six de trente à soixante ans, et quatre de soixante à soixante-quinze ans.

Les lèvres vocales dont l'élasticité était limitée à 2^{mm}, étaient celles de deux femmes âgées de vingt à trente ans, deux autres de trente à quarante ans, quatre de quarante à cinquante ans, et une de soixante-dix ans.

Enfin, sur deux larynx appartenant à des femmes de vingt-trois et de quarante-huit ans, je n'ai trouvé qu'un millimètre d'élasticité pour la lèvre vocale.

Ce qui précède démontre que le défaut d'élasticité de la glotte est dû à une conformation anatomique défectueuse de la boîte cartilagineuse bien plus qu'à son ossification.

L'allongement de 1 et de 2 millimètres se répartit sur des sujets âgés de vingt-trois à soixante-dix ans ; ils sont au nombre de treize sur cinquante-huit. Ceux dont l'âge ne dépasse pas trente-cinq à quarante ans, possèdent, en général, les lèvres vocales les plus souples et cette souplesse ou élasticité peut rester intacte jusqu'à un âge fort avancé.

La comparaison des diverses dimensions de la portion membraneuse ou vibrante, m'a fait constater que la plus longue de ces dimensions n'est jamais le double de la plus courte ; les limites extrêmes, 8 et 15^{mm}, en sont la justification. Cette remarque, non applicable à la totalité de la longueur de la lèvre glottique, a son importance au point de vue du nombre et des genres de voix que l'on rencontre dans le sexe féminin.

§ II. — *Résultats fournis par l'examen des dimensions moyennes des lèvres vocales chez l'homme.* — Les longueurs moyennes fournies par la statistique, pour la fréquence et pour les extrêmes, étant à l'état de repos :

Pour la portion membraneuse de :	15^{mm};	15^{mm} et	16^{mm};
— cartilagineuse de :	7^{mm}5;	8^{mm} et	8^{mm};
Totalité de....	22^{mm}5;	23^{mm} et	24^{mm}5;

les chiffres 15^{mm}5, 7^{mm}5, et 23^{mm}5 représentent les dimensions moyennes vraies et scientifiques de chacune des parties de la totalité de la lèvre vocale.

Pendant la tension artificielle, les moyennes longueurs fournies par la statistique, pour la fréquence et pour les extrêmes, ont été :

Portion membraneuse de :	19^{mm};	19^{mm}5;	19^{mm}5;
— cartilagineuse de :	7^{mm}5;	7^{mm};	8^{mm}5;
Totalité de...:	26^{mm}5;	27^{mm};	28^{mm}5.

Les moyennes résultantes vraies et scientifiques seront, en

conséquence, représentées par les nombres : 19mm5; 8 et 27mm5.

On voit par là que la longueur moyenne, 24mm, donnée par quelques auteurs au diamètre de la glotte, à l'état normal ou de repos, est la plus rapprochée de celle que nous adoptons, 23mm,5.

Les variétés de longueur, nous l'avons vu, sont au nombre de : 13, 8 et 14 pour chacune des trois divisions de la lèvre de la glotte, au repos, et de : 14, 10 et 16 pour l'état de tension.

La mensuration par demi-millimètres porte ces quantités à 27, 16 et 28 d'une part, 28, 20 et 32 d'autre part.

Il ressort encore de l'examen statistique que, par l'effet de la tension artificielle, la portion membraneuse acquiert en général, 3mm5, et la lèvre entière de la glotte 4mm de plus. Cette augmentation oscille entre 1 et 8mm. Elle a été, sur 133 larynx, 40 fois de 3mm, 38 fois de 4mm, 25 fois de 5mm; de sorte que la moyenne de l'élasticité de la portion membraneuse ou vibrante est de 4mm5 ou 9 demi-millimètres. Ajoutées aux 26 variétés demi-millimétriques de l'état de repos, ces 9 longueurs portent à 35 les dimensions de la glotte membraneuse ou sonore susceptible de classement.

Les 4 larynx dont les lèvres vocales n'ont augmenté que de 1mm appartiennent : deux à des sujets de soixante-huit ans, deux autres à des individus de cinquante et cinquante-quatre ans. L'âge peut expliquer jusqu'à un certain point ce défaut d'élasticité.

Une fois j'ai constaté 8mm d'allongement à cinquante-six ans, 3 fois 7mm à trente-sept, quarante et quarante-quatre ans. Ici, l'âge n'aurait pas laissé soupçonner une pareille souplesse; la surprise est d'autant plus inattendue que les jeunes gens de dix-huit à trente ans ont toujours passé pour avoir les lèvres vocales les plus élastiques. Nous reviendrons sur cette question.

L'accroissement de 6 mill. se rapporte à des sujets de vingt-sept, vingt-huit, trente-deux, trente-six et quarante ans; celui de 4 et celui de 5 mill. comprennent ensemble 16 su-

jets de trente à quarante ans, 13 de dix-neuf à trente ans, 11 de quarante à cinquante ans.

Ainsi, les lèvres vocales de l'homme jouissent d'une élasticité remarquable, jusqu'à l'âge de cinquante ans et parfois jusqu'à soixante. On peut inférer de là que l'aptitude à l'éducation musicale ou du chant persiste, dans le sexe masculin, jusqu'à quarante, quarante-cinq et même cinquante ans, dans la proportion de 3 à 4 dixièmes.

Chez l'homme, la lèvre vocale membraneuse la plus longue peut être double en longueur de la lèvre la plus courte, à l'état de repos comme à l'état de tension. Les limites 10^{mm} et 22^{mm}, 13 et 26^{mm} en sont la démonstration. Ce fait acquiert une importance réelle au point de vue de l'application des lois d'acoustique.

Une corde double d'une autre exécute, toutes choses égales d'ailleurs, un nombre de vibrations deux fois moindres et le son qu'elle donne est l'octave inférieure de celui que produit la plus courte. Or, chez l'homme, les choses ne se passent pas ainsi. L'observation journalière et l'exploration laryngoscopique ne confirment pas les expériences de Ferrein, Muller et autres. Les replis glottiques ne sont donc pas de vraies cordes sonores et le nom de *cordes vocales* ne leur convient pas. C'est pour cela que nous leur conservons les noms de *lèvres vocales, replis, ligaments*, *rubans vocaux*, celui de *cordes vocales* ayant un sens erroné quant à leur rôle physiologico-phonétique.

Considérées au point de vue de l'âge, les lèvres vocales les plus courtes et les plus longues ont fourni les résultats suivants :

1° Lèvres vocales les plus courtes.

La portion membraneuse avait sur 15 sujets — le 1/9e du total 133 — 1 fois 10^{mm}, 3 fois 11^{mm}, 2 fois 12^{mm}, 6 fois 13^{mm}.

Et la portion cartilagineuse :

3 fois 6^{mm}, 2 fois 7^{mm}, 3 fois 8^{mm}, 4 fois 9^{mm} et 3 fois 10^{mm}.

Sur ce nombre 15, il y avait 4 sujets de trente à quarante ans, 1 de quarante ans, 4 de cinquante à soixante ans et 6 de soixante à soixante-seize ans.

2° Lèvres vocales les plus longues comprises entre 23 et 26 mill.

Sur 22 sujets — le 1/6e du total 133 — la portion membraneuse avait 7 fois 23mm, 8 fois 24mm, 6 fois 25mm, 1 fois 26mm.

Et la portion aryténoïdienne :

1 fois 5mm, 3 fois 6mm, 5 fois 7mm, 2 fois 8mm, 5 fois 9mm, 3 fois 10mm et 2 fois 11mm.

Les 11mm de la portion cartilagineuse appartenaient à deux hommes âgés de vingt-sept et soixante-dix ans et les 10 mill. à deux de trente-sept ans et deux de vingt-huit et de de quarante ans.

Ainsi, les lèvres vocales courtes de 10 à 13 mill. se rencontrent 1 fois sur 9 et les plus longues de 23 à 26 mill. 1 fois sur 6, c'est-à-dire un tiers de fois de plus.

Observons en passant que, chez les individus dont les lèvres vocales sont les plus courtes, la partie cartilagineuse est relativement plus développée que la partie membraneuse. C'est un phénomène inverse qui se produit chez ceux qui possèdent les lèvres vocales les plus longues. Il faudra tenir grand compte de ce défaut d'équilibre de développement anatomique entre les parties membraneuse et cartilagineuse pour la détermination et le classement des voix.

§ III. — *Comparaison des dimensions des lèvres vocales dans les deux sexes.* — Sous ce rapport, les moyennes 11mm, 5 et 15mm5 dans la portion membraneuse au repos, indiquent une différence de 5 millimètres. Le rapport 2 : 3 adopté par les physiologistes et par les anatomistes est donc exact en ce qui concerne la partie vibrante de la glotte. Quant à la totalité de la lèvre vocale, les chiffres 16 millimètres et 23 millimètres prouvent que la proportion 2 : 3 s'éloigne peu de la vérité. Ce rapport est admis par tout le monde pour les diamètres antéro-postérieurs de la glotte entre les deux sexes.

Cette différence entre les glottes (de la femme et de l'homme) est bien plus évidente quand on compare leurs plus petits et leurs plus grands diamètres antéro-postérieurs, car,

dans certains cas, ce diamètre parvient, chez l'homme, à égaler trois fois celui de la glotte de la femme.

Il reste donc établi que la partie vibrante comme la totalité de la lèvre vocale diffèrent d'un tiers dans les deux sexes.

Mettons en parallèle les variétés demi-millimétriques que nous avons signalées dans chaque sexe, et nous verrons que le sexe masculin possède, en plus, 10 à 12 variétés. Ce fait peut expliquer pourquoi les voix masculines se prêtent mieux que les voix féminines à l'organisation des accords et des chœurs.

Dans l'un comme dans l'autre sexe, la voix comprend, d'une part, 13 à 15 notes effectives de l'échelle diatonique, c'est-à-dire deux octaves environ ; d'autre part, la voix de la femme présente un diapason d'un octave plus élevé que celui de la voix de l'homme et pourtant les lèvres vocales de leur larynx ne diffèrent que d'un tiers. Ces différences de longueur et de diapason étant bien établies, il est permis de rechercher quel peut être le lien ou le rapport qui les relie l'une à l'autre.

Quant à l'élasticité des lèvres de la glotte, elle est manifestement plus grande dans le sexe masculin.

Chapitre III. — Conclusions.

Mettons, sous forme de *conclusions*, les enseignements de la statistique précédente.

I. — *a*) Longueurs moyennes des lèvres de la glotte :

Etat de repos.	Chez la femme.	Chez l'homme.
Portion membraneuse.....	11mm;	15mm5;
— cartilagineuse.....	5mm;	7mm5;
Totalité.....	16mm;	23mm.

b) Longueurs extrêmes.

Portion membraneuse.....	8 et 15mm;	10 et 22mm;
— cartilagineuse.....	3 et 9mm;	4 et 12mm;
Totalité.....	12 et 22mm.	18 et 31mm.

c) Variétés de longueur.

Portion membraneuse.....	8 à 16mm;	13 à 26mm;
— cartilagineuse.....	6 à 12mm;	8 à 16mm;
Totalité.....	11 à 22mm.	14 à 28mm.

d) Degrés d'élasticité..... 4mm; 5mm.

2° État de tension: *a*) longueurs moyennes :

Portion membraneuse.....	14mm;	19mm5;
— cartilagineuse.....	6mm;	8mm;
Totalité.....	20mm;	27mm5.

b) Longueurs extrêmes :

Portion membraneuse.....	10 et 19mm;	13 et 26mm;
— cartilagineuse.....	3 et 9mm;	4 et 13mm;
Totalité.....	16 et 24mm;	21 et 36mm.

c) Variétés :

Portion membraneuse.....	9 à 18mm;	14 à 28mm;
— cartilagineuse.....	6 à 12mm;	10 à 20mm;
Totalité	9 à 18mm.	16 à 32mm.

II. — Le grand nombre de longueurs demi-millimétriques des lèvres de la glotte peuvent rendre compte :

1° De la plus grande variété de voix chez l'homme;

2° De la facilité avec laquelle la voix masculine se prête à l'organisation des chœurs;

3° Du classement possible de ces variétés.

III. — Dans le sexe masculin, les lèvres vocales les plus longues peuvent être, à l'état normal, le double des plus courtes et, en même temps, le triple de celles du sexe féminin, sans donner pour cela l'octave et la double octave inférieures correspondantes. Les lèvres vocales ne sont donc pas des *cordes sonores !*

IV. — La glotte de l'homme, dans sa portion membraneuse comme dans sa totalité, est d'un tiers plus longue que celle de la femme.

V. — L'âge n'est pas toujours la cause du défaut d'élasticité des lèvres vocales.

VI. — Le plus grand degré d'élasticité des lèvres vocales se manifeste de trente à quarante ans chez l'homme, de vingt à trente-cinq ans chez la femme. (*A suivre.*)

FAITS CLINIQUES

par le Dr G. COUPARD.

I. — TUMEUR SANGUINE (KYSTE) DU LARYNX.

M. de T..., 25 ans, prêtre professeur, m'est adressé, le 28 juin 1883, par M. le Dr Hardy, chimiste de l'Académie de médecine. Sa voix est continuellement voilée et tous les mois environ il expectore quelques crachats sanguins. Antécédents héréditaires nuls.

Dans son enfance il a eu la gourme au nez et aux oreilles et de l'eczéma sur différentes parties du corps. Sa santé devient ensuite excellente, il fait beaucoup d'exercice. A dix ans il constate de temps en temps, sur la figure et sur les bras, de petites dartres, mais il est fort, robuste, ne tousse jamais.

En 1877, il vient à Paris terminer ses études. Quelques jours après son arrivée, il éprouva un dérangement de corps et des douleurs abdominales assez vives qui résistent à tout traitement et qui persistent pendant trois ans, c'est-à-dire pendant tous le temps de son séjour à Paris, qu'il quitte sur les conseils du Dr Gendrin qui diagnostique une congestion du côlon ascendant.

De Paris, M. de T... va à Issy-sur-Seine. Aux accidents précédents, succède une constipation opiniâtre dont le malade se plaint encore. Il reste deux ans dans cette localité et sa santé, qui s'était altérée considérablement pendant ces trois années de diarrhée, s'améliora alors notablement.

En janvier 1881, il est nommé professeur à Poitiers où il se surmène et éprouve, au bout de quelque temps, une grande fatigue générale. Sa voix s'éraille, il ressent une constriction de la gorge et vers le 4me mois de professorat, son pharynx est le siège d'une sensation très pénible de corps étranger. Après chaque hem, qui se reproduit très fréquemment, il rejette une mucosité visqueuse, arrondie, grisâtre. Ce phénomène dure depuis un mois quand un matin, vers 7 heures, sans toux, sans fatigue plus grande, sans cause connue, il expectore une douzaine de crachats complètement sanguins. Il pense que

ce sang provient des gencives et il n'attache pas à cet accident une plus grande attention. Il continue à faire la classe, mais sa voix est moins forte, a moins de portée, et quelques instants après, il éprouva une douleur de gorge tellement vive qu'il est contraint de suspendre son cours.

A partir de cette époque, ses forces, surtout son activité, diminuent; il éprouve constamment le besoin de dormir. Deux mois après ces accidents, il quitte Poitiers pour faire une saison aux bains de mer à Granville. Le 3me jour de son arrivée comme la première fois, sans tousser, il rejette trois ou quatre crachats sanguins et trois matins de suite l'expectoration est sanglante. Cessation de ces accidents pendant huit jours, puis le neuvième jour au matin une dizaine de crachats sanguins accompagnés de quelques gouttes de sang par le nez; huit jours après, les mêmes accidents se reproduisent. Vers la fin d'août, il constate qu'il a des hémorrhoïdes fluantes. Au milieu de septembre, il quitte la plage; son état général est bon.

A partir de cette époque, les crachats sanguins se reproduisent presque tous les mois, le premier jour au nombre d'une dizaine et complètement sanguins, le lendemain rosés seulement. Il part pour l'Angleterre en novembre 1881. Pendant deux mois, absence complète de crachats sanguins qui se renouvellent ensuite périodiquement comme précédemment. Après ces crises M. de T... dort peu et éprouve, pendant une huitaine de jours, un sentiment de faiblesse, de lassitude considérable.

En juin 1882, il revient à Paris. Plusieurs médecins l'auscultent sans rien trouver d'anormal dans ses poumons et il fut, d'un commun accord, envoyé aux eaux de Cauterets. Crachement de sang au début de la saison, puis disparition de ces phénomènes pendant trois mois.

Le 28 juin 1883, avant de retourner à Cauterets faire une nouvelle saison, il vient me consulter pour connaître l'état de ses cordes vocales.

Les gencives, la langue ne sont le siège d'aucune lésion, je constate une légère pharyngite catarrhale granuleuse; mais

l'examen du larynx est plus intéressant. J'aperçois sous les cordes vocales écartées l'une de l'autre et tout à fait à leur angle antérieur une petite tumeur ronde, d'un rouge violacé, mesurant environ 2 millimètres 1/2 de diamètre, non pédi-

culée, remontant un peu entre les cordes vocales inférieures et empêchant leur contact antérieur. Les cordes sont légèrement rosées, la région interaryténoïdienne est tout à fait normale. J'annonce au malade que les troubles de sa voix sont dus à un polype kystique sanguin et qu'il est presque certain que les hémorragies dont il m'a tracé l'histoire proviennent de l'ouverture périodique de cette petite tumeur.

La percussion, l'auscultation ne révélèrent rien d'anormal.

J'engageai M. de T...à revenir le lendemain. A son arrivée, il m'annonça que le matin même il avait craché cinq ou six crachats sanguins. J'examine son larynx, et à la place du polype que j'avais très bien vu la veille, j'aperçois une membrane horizontale, rouge comme le polype, et sur la corde vocale inférieure droite, une petite mucosité sanguinolente. A un troisième examen, la membrane kystique paraît moins rouge, mais sur son bord libre on distingue très nettement une ligne blanchâtre, une ulcération linéaire. Les cautérisations au chlorure de zinc, à la glycérine iodée produisirent de bons résultats sur la voix.

M. de T... donna, pendant quelque temps, de ses nouvelles, et six mois après les hémorragies ne s'étaient point reproduites.

II. — POLYPE MUQUEUX ET KYSTE SANGUIN DU LARYNX.

M. L..., 50 ans, sans profession, vient me consulter, en juin 1884, pour une aphonie complète remontant à six mois. M. L... est grand, fort et n'a jamais été malade. L'aphonie a débuté par de l'enrouement survenu à la suite d'un léger refroidissement.

A l'examen laryngoscopique, je découvre un polype mesurant environ quatre millimètres de largeur sur huit de long inséré à la partie tout à fait supérieure de la corde vocale inférieure droite. Je propose l'arrachement avec les pinces de Fauvel.

M. L... me demande si l'opération peut être retardée. N'y voyant aucun inconvénient j'accompagne M. L... à Royat et M. le Dr Le Marchand le cautérise quelquefois pour l'accoutumer à l'introduction des pinces.

Au mois de décembre, après plusieurs tentatives, je parvins à enlever le petit polype. La voix est redevenue excellente, mais trois mois après, dans l'espace de deux ou trois jours, le malade est de nouveau enroué. Je trouve tout à fait entre les deux cordes une tumeur presque semblable à la première comme dimension, mais à parois plus lisses et d'un rouge très intense.

Je réussis facilement à la déchirer et immédiatement le sang ruisselle sur mes pinces. M. L... expectore quelques crachats sanglants et la voix redevient bonne. Depuis cette époque le malade n'a plus été enroué.

Réflexions. — Ces deux observations m'ont également paru intéressantes; la première à cause de l'apparition réitérée de l'expectoration sanglante, bien faite pour effrayer le malade et le médecin, ce symptôme pouvant faire craindre le début d'une affection thoracique; la deuxième à cause de l'existence simultanée, chez un même sujet, d'un polype muqueux et d'un kyste sanguin. Toutefois ce dernier néoplasme n'existant pas lors de la première opération, on pourrait peut-être expliquer

sa présence par l'irritation ou peut-être même l'érosion de la muqueuse produite par la pince lors des tentatives d'extirpation du premier polype. Mais il ne faut pas oublier non plus qu'il peut y avoir une simple coïncidence et que ces sortes de tumeurs se développent souvent, d'une manière très rapide, sous l'influence d'un effort de toux, de colère ou autre.

Chez ces deux malades enfin nous avons eu affaire à des tumeurs sanguines. Ces dernières, sans être absolument rares, sont cependant moins communes que les simples polypes de l'organe vocal. En effet, non seulement dans leur travail sur les kystes du larynx MM. J. Moure (1) et Cervesato (2) ont réuni fort peu de cas de tumeurs hématiques, mais la plupart des faits publiés depuis l'apparition de ces deux travaux concernent de simples kystes séreux ou colloïdes de la muqueuse laryngée.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

8me Congrès annuel tenu à Philadelphie les 27, 28, 29 mai 1886, par le Dr Bryson-Delavan de New-York.

Traduit de l'Anglais, par le Dr Charazac de Toulouse (Suite.) (3).

3me jour. — 29 mai.

Le Dr U. G. Hilchcock, de New-York, lit un mémoire sur l'**infiltration gommeuse de la base de la langue** (*Gummatous infiltration of the base of the tongue*).

Il donne des détails sur quatre cas observés par lui. Dans aucun d'eux la cloison fibreuse n'était le siège exclusif de l'affection et dans trois cas elle était absolument indemne. Dans ces différentes observations la dysphagie était en rap-

(1) Etude sur les kystes du larynx, Paris 1881.
(2) Compte-rendu du Congrès international de laryngologie de Milan, 1882.
(3) Voir *Revue*, n° 8, août 1886.

port direct avec le voisinage du dépôt de la base de la langue.

On lit le titre d'une communication du Dr SOLIS-COHEN, de Philadelphie, sur **un cas d'éternuement hystérique guéri en apparence par les applications de courants continus dans les fosses nasales** *(A case of hysterical sneezing apparently cured by application to the nasal passages of the continuous battery current)*.

Le Dr J. MACKENZIE, de Baltimore : **Contribution à la pathologie et au traitement des névroses vasomotrices respiratoires** (*A contribution to the pathology and treatment of the respiratory vasomotor neuroses*).

Il émet les conclusions suivantes :

1° Le conduit naso-bronchique et ses annexes sont fréquemment le siège de troubles périodiques, d'origine vasculaire, dans lesquels les accès paroxystiques, dus à une surabondance de force nerveuse, jouent un rôle important, et qui dépendent très probablement d'une véritable irritation du sympathique et des vasomoteurs.

2° Le conduit est affecté à son entrée, ou les phénomènes sont localisés à l'un de ses segments. Dans ce dernier cas, les cavités nasales et bronchiques sont les parties sur lesquelles le « shock » nerveux agit avec le plus de force, ces deux parties étant, semble-t-il, en relation étroite, en vertu de cette loi physiologique d'après laquelle il existerait une sympathie entre les deux extrémités d'une même muqueuse. Dans un cas, c'est le coryza périodique (*coryza sympathetic*), dans l'autre la bronchite (*bronchitis sympathetic*).

3° Pour expliquer ces phénomènes, on doit faire intervenir deux facteurs : un état morbide des centres nerveux, une excitabilité anormale de la muqueuse du conduit naso-bronchique.

4° Les troubles du système nerveux peuvent être héréditaires ou acquis. Dans ce dernier cas, ils peuvent être produits par : (*a*) l'action prolongée sur la muqueuse du conduit respira-

toire de divers états pathologiques qui déterminent une irritation constante des centres nerveux; (*b*), par l'excitation incessante du système nerveux général, sous l'influence d'un très grand nombre de causes. Dans les cas de ce genre, la zone dans laquelle se manifesteront les réflexes dépendra du siège du processus pathologique local. Un polype du nez, par exemple, déterminera des troubles réflexes de l'appareil respiratoire, tandis qu'une tumeur semblable siégeant au rectum aménera des symptômes du côté de l'intestin; (*c*), dans un autre ordre de faits, l'excessive irritabilité des centres nerveux peut trouver une cause prédisposante dans un état pathologique de l'organisme tout entier (à savoir : un état diathésique), ou résulter d'une irritation réflexe de quelque partie du corps.

Après avoir émis ces propositions, le Dr Mackenzie appelle l'attention sur la marche des névroses respiratoires au cours de certaines maladies aiguës, il a vu ce groupe tout entier (coryza, asthme, etc.) disparaître pendant une attaque de rhumatisme, et aussi reparaître l'affection nasale et l'asthme pendant une attaque de rougeole après un long espace de temps pendant lequel le malade avait joui d'une parfaite immunité. Le Dr Mackenzie arrive à la discussion de cette hypéresthésie particulière du conduit respiratoire. La confusion qui existe à cet égard, est due à ce qu'on ne distingue pas assez l'hypéresthésie nécessairement associée au processus pathologique local, de l'excessive irritabilité qui existe surtout pendant les attaques paroxystiques. Cette dernière est, d'après lui, tout aussi bien que les phénomènes vasomoteurs qui l'accompagnent, purement secondaire et peut être attribuée : 1° à une impression directe portée sur les filets nerveux de la muqueuse respiratoire; 2° à une excitation directe transmise aux centres vasomoteurs; 3° à une excitation partie des nerfs eux-mêmes.

L'hypéresthésie peut être générale, ou localisée à une portion du conduit. Dans chacun de ces cas, tandis que toutes les parties sont le siège d'une hypéresthésie générale, il existe certaines zones, localisées en particulier à la partie inférieure

et postérieure des différents segments, dans lesquelles on découvre une sensibilité plus grande, qui sont plus que d'autres portées à produire des phénomènes réflexes et sur lesquelles on peut plus facilement étudier les manifestations vasomotrices de cette classe spéciale de névrose. Ce sont, dans les fosses nasales, l'extrémité postérieure du cornet inférieur et la partie de la cloison qui lui est immédiatement opposée; dans le pharynx, la voûte et la paroi postérieure; dans la trachée, les zones actives sont situées le long de sa paroi postérieure, et ainsi de suite.

Aux arguments déjà présentés par lui, pour la défense de l'origine vasomotrice de ces affections, dans une série de publications sur ce sujet (voir en particulier : *N.-Y. Med. Record*, juillet 19 et octobre 18, 1884; *Maryland Medical journal*, avril 11, 1885; *Trans. Med. Chir. fac. of Maryland*, 1885; *Amer. jour. of Med. Sci.*, oct. 1885, pag. 511 et suiv., et janvier 1886; *Trans. Am. laryng. Assoc.*, 1884, p. 113, etc.), Mackenzie appelle l'attention sur une forme non décrite de névrose de l'oreille : — une espèce d' « Hay fever » de l'oreille, qu'il a observé et qui vient à l'appui de sa doctrine. Il rapporte en outre deux autres observations intéressantes qui semblent démontrer la nature vasomotrice de l'affection communément connue sous le nom d'Hay fever.

Mackenzie s'occupe ensuite des relations qui existent entre la maladie des fosses nasales et l'asthme; il cite des extraits d'Aurelian, Zecchius, Schneider, Flower, Josef Frank, Bree, Forbes, Trousseau et Duplay, qui montrent que ces relations étaient bien connues avant les observations de Voltolini. Nos connaissances au sujet de l'asthme sont encore incertaines. On le regarde comme une entité morbide distincte; mais si l'on considère que de même que beaucoup d'autres troubles respiratoires, il ne correspond à aucune lésion analogue définitive, qu'il est commun à un grand nombre d'états pathologiques distincts, on est bien forcé de considérer l'*asthme comme un symptôme*, qui de même que la toux, peut être la conséquence de l'irritation de diverses par-

ties du corps, mais qui est ordinairement symptômatique d'une affection des voies respiratoires.

Mackenzie s'étend ensuite longuement sur l'association de l'asthme du coryza et de l'urticaire. Le coryza peut précéder l'asthme et l'urticaire, disparaître ou bien persister après l'éruption, l'asthme et l'urticaire peuvent aussi précéder le coryza; enfin les trois affections peuvent apparaître simultanément. Elles dépendent, suivant toute probabilité, d'une névrose mal définie qui sert vraisemblablement de trait d'union entre ces trois affections. On peut considérer la peau comme l'organe externe de la respiration, et tandis qu'on peut expliquer les relations entre l'asthme et le coryza par une sympathie entre les deux extrémités du conduit respiratoire interne, l'asthme et le coryza peuvent être rattachés à l'affection de la peau par un lien sympathique qui tient en équilibre et relie étroitement le mécanisme tout entier de la respiration. Les manifestations vasomotrices qui surviennent dans le pharynx et le larynx sont ensuite longuement discutées ainsi que les phénomènes qui les accompagnent.

Le Dr Mackenzie base son traitement sur les principes énoncés plus haut, et sur la généralisation faite par lui depuis quelque temps déjà (voyez *Maryland Medical Journal*, 11 avril 1885), d'après laquelle le groupe de phénomènes connus sous le nom d' « Hay fever », asthme et autres phénomènes réflexes en relation avec les affections nasales, doivent être considérés comme des symptômes qui, dérivant d'une cause commune, ne forment qu'une partie d'un processus pathologique distinct; de sorte que le traitement d'une de ces névroses doit être le traitement de toutes les autres. Le Dr Mackenzie porte spécialement son attention sur le coryza périodique (hay fever) et discute le traitement.

On doit : 1° faire disparaître toute affection locale des voies respiratoires ou toute irritation; 2° instituer une médication altérante des centres nerveux afin qu'ils ne puissent répondre aussi facilement aux impressions réflexes; 3° adopter un traitement approprié pour améliorer tout état pathologique général ou local pouvant être considéré comme la source

directe ou indirecte de l'irritation des nerfs ou de l'appareil respiratoire; 4° détruire en totalité ou en partie les vaisseaux et les sinus de la zone, ou des zones dans lesquelles les troubles vasculaires sont les plus marqués.

Une faute presque universellement commise dans le traitement de cette affection, c'est de suspendre le traitement après que l'attaque est passée; il est de la plus haute importance de faire le traitement d'une manière continue pendant les périodes d'apparente immunité. Parmi les remèdes généraux, le Dr Mackenzie recommande l'arsenic, le phosphore, le zinc, la quinine, la noix vomique, le bromure et l'iodure de potassium. Dans deux cas il a fait usage de courants continus (10 à 15 éléments) un des pôles placé sur la nuque, l'autre alternativement sur le ganglion cervical supérieur et dans les fosses nasales. La cocaïne produit des effets de courte durée. On doit l'employer avec prudence.

Le traitement local des fosses nasales ou des voies aériennes, ferme simplement une des portes qui permet l'accès aux centres nerveux des causes extérieures d'irritation. Il est quelquefois suffisant. Mais il est des cas dans lesquels, d'après ce que nous avons dit plus haut, cette façon d'agir doit évidemment se trouver en défaut. Ceux qui considèrent l'ablation de l'obstruction ou de l'irritation des fosses nasales comme le seul remède de l'affection, basent leur croyance sur une fausse interprétation de la maladie. La valeur d'une intervention chirurgicale dans les fosses nasales, varie beaucoup suivant que l'affection nasale est primitive, secondaire ou accidentelle. On doit toujours y apporter la plus grande attention, mais aussi ne pas oublier qu'en dehors des symptômes provenant des fosses nasales, de la gorge, se trouve la névrose, et qu'on ne peut espérer avoir guéri la maladie tant qu'on n'a pas guéri l'irritation nerveuse.

Le Dr William H. Daly, de Pittsburg, a acquis une très grande expérience dans la thérapeutique de cette affection. L'iodure de sodium lui a donné de meilleurs résultats que tout autre remède. Il l'emploie à petites doses continuées longtemps

et prises à jeun dans de l'eau chaude. Tous les cas de ce genre doivent être l'objet d'un examen méticuleux. On doit examiner avec soin l'état des voies aériennes supérieures et combattre l'affection locale au plus léger soupçon. Le traitement général doit être secondaire et le traitement local occuper la première place.

Le Dr E. Carrol Morgan, de Washington, fait observer que le galvano-cautère a été fortement préconisé dans le traitement de l' « hay fever »; il n'a pas obtenu de résultats aussi satisfaisants que les autres opérateurs. En étudiant les cas de ce genre, il a été frappé de l'apparente immunité dont jouissent les individus atteints d'anosmie. Il n'a jamais observé d'anosmie essentielle chez un malade sujet à l'hay fever.

Le Dr E. Sajous, de Philadelphie, a obtenu au début d'excellents résultats de l'emploi du galvano-cautère. Il possédait un grand nombre de cas favorables. L'année dernière, les résultats ont été moins satisfaisants. Bien que tous les malades aient été améliorés, il n'a obtenu la guérison absolue que dans quarante-cinq pour cent des cas. Plusieurs malades traités par lui, deux ans auparavant et qui avaient échappé aux accès l'année suivante, ont été repris cette année. Il considère cette constatation comme étant fort importante, car dans son livre, il avait considéré ces malades comme étant absolument guéris. Quelques-uns sont restés absolument indemnes. Un malade traité en 1881 avec l'acide acétique cristallisé, n'a pas éprouvé de récidives.

Le Dr C. Seiler pense que les insuccès dans le traitement de l'hay fever peuvent être expliqués par les idées contenues dans la précédente communication. La membrane de Schneider n'est pas la seule source d'irritation vaso-motrice. La source peut se trouver dans le pharynx et le larynx. Quand le traitement de la muqueuse nasale ne donne pas de résultats, on doit chercher ailleurs. Il y a de cela deux ans, il observa un cas d'hay fever dans lequel les applications d'acide acétique firent disparaître l'hay fever, mais l'année suivante l'asthme seul reparut. L'examen montra une hypertrophie

considérable de la paroi postérieure. Celle-ci détruite, l'asthme n'a pas reparu.

Le Dr Mackenzie dit que si le trouble dépend d'une affection de la muqueuse nasale, l'ablation de la cause doit suffire à déterminer la guérison; mais il est d'autres cas dans lesquels il existe un état morbide général du système nerveux que l'on doit faire disparaître. Il a obtenu la guérison dans des cas de ce genre, sans avoir à faire usage d'applications locales d'aucune sorte.

Le Dr Samuel Johnston, de Baltimore, rapporte **un cas de tumeur naso-pharyngienne.** (*A case of naso-pharyngeal growth.*)

On lui amène un enfant respirant difficilement par une narine. L'examen révèle l'existence d'une tumeur qui remplit la partie postérieure de la narine droite. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse qui fut enlevée sans trop de difficulté, après deux applications de l'écraseur.

Le Dr C.-C. Rice, de New-York, discute **quels sont les cas de catarrhe des fosses nasales qui réclament un traitement chirurgical.** (*What cases of nasal catarrh require surgical treatment.*)

Si, après l'emploi d'une solution de cocaïne à 4 0/0 dans les cas de rhinite hypertrophique, l'hypertrophie est encore assez considérable pour gêner la respiration, on doit opérer.

On lit ensuite le titre d'un travail du Dr Beverley Bobinson, de New-York : **Inflammation de l'antre.** (*Inflammation of the antrum.*)

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ ESPAGNOLE DE LARYNGOLOGIE

Séance du mois de mai 1886.

Paralysies laryngées frustes (*De las paralisis laryngeas frustradas*), par le Dr Raphaël Ariza.

Sous cette dénomination, M. Ariza place ces états patholo-

giques particuliers des cordes vocales, dont la cause réside dans le système nerveux ou musculaire du larynx, et qui ne se manifestent pas par l'immobilité habituelle aux véritables paralysies. L'adduction, l'abduction des muscles sont complètes; les cordes s'éloignent et se rapprochent parfaitement. Seule, la ligne de réunion des cordes est légèrement déviée à droite ou à gauche. Cela tient à ce que les muscles adducteurs d'un côté ont une puissance contractile inférieure à celle du côté opposé.

Les abducteurs peuvent également être lésés et alors on voit l'un des aryténoïdes se mettre en mouvement après son congénère, s'arrêter au milieu de sa course et ne la terminer que quand le malade fait des inspirations profondes. Quand ce sont les tenseurs des cordes qui se sont atteints, on voit les cordes floches, comme macérées, au lieu d'être tendues et raides s'il s'agit d'une lésion des crico-thyroïdiens; une légère séparation des cordes en un point circonscrit si les tyro-aryténoïdiens sont en cause.

Ces différentes lésions ne sont pas d'un diagnostic facile et ne peuvent être saisies par un examen rapide comme les grosses altérations du larynx. Elles demandent une attention soutenue, des séances longues et répétées. Elles sont cependant importantes à connaître en raison des erreurs auxquelles elles pourraient donner lieu. Les symptômes fonctionnels qui les accompagnent sont en effet insidieux, se rapprochant de ceux des laryngites catarrhales et des paralysies complètes. Leur apparition est rapide, leur durée incertaine. La maladie elle-même est des plus rebelles et méritait d'être connue et classée.

De l'arthrite crico-aryténoïdienne (*De la artritis crico-aritenoidea)*, por el professor Ramon de la Sota y Lastra.

M. Ramon cite l'observation d'un malade qui s'est présenté à la policlinique de Séville pour une douleur vive au larynx pendant l'émission de la parole, la toux, la déglutition, et dont la voix était voilée, obscure et rauque.

L'examen laryngoscopique permit de constater les symptômes suivants : muqueuse du pharynx hypérhémiée, rouge; base de l'aryténoïde droit enflammée; mouvements de ce cartilage sur le cricoïde limités et, pendant la phonation, déplacement en avant de son congénère gauche; corde correspondante relâchée avec ondulations de son bord interne; enfin vibrations vocales abolies.

Ces symptômes établirent, pour M. Ramon, le diagnostic : arthrite rhumatismale de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Repos de l'organe, silence absolu, éloignement de toute athmosphère chargée de vapeurs irritantes; poudre de Dower, inhalations émollientes et quelques attouchements de la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc constituèrent le traitement qui amena la guérison complète après un mois.

L'auteur de cette observation en prend texte pour développer des considérations personnelles sur cette affection, assez rare à l'état aigu, mais fréquente à l'état chronique. Comment ne serait-elle pas fréquente si l'on songe que l'articulatiou crico-aryténoïdienne est de toutes la plus exposée aux influences extérieures nocives? Toujours en mouvement, ne fût-ce que pour la respiration; peu protégée par de minces téguments contre les impressions de toute nature venant du dehors, il n'est pas surprenant que le laryngologiste la trouve souvent malade.

Les caractères objectifs qui caractérisent son inflammation, indépendament de toute autre affection laryngée, sont : rougeur de la muqueuse, tuméfaction notable de la base de l'articulation, immobilité complète ou presque complète de la corde vocale correspondante, fixité de l'aryténoïde dans une des positions qu'il occupe à l'état normal et déformation consécutive de la glotte; voix toujours altérée avec dysphonie ou aphonie complète.

Le diagnostic composé de ces divers éléments devient facile. La tuméfaction de la base du cartilage différencie l'arthrite dont nous nous occupons de la paralysie nerveuse ou musculaire et aussi la douleur : si ces troubles sont dûs à un néoplasme, l'examen laryngoscopique permet de le constater.

Une autre affection, longuement étudiée et décrite par M. Semon, pourrait être confondue avec cette arthrite, c'est l'ankylose de l'articulation. Mais cette ankylose ne peut jamais que succéder à l'arthrite, et de plus, elle est indolore.

Les causes productrices de l'arthrite crico-aryténoïdienne sont nombreuses. On peut les diviser en générales : fièvre typhoïde, variole, rhumatisme, syphilis, cancer et lèpre; en locales : contusions, blessures, brûlures, froids et cris.

Les cas dus à la syphilis, à la tuberculose, à la lèpre, au cancer, sont, paraît-il, très nombreux à la policlinique de Séville. M. Ramon a eu aussi occasion de traiter, particularité assez singulière, de nombreuses arthrites survenues chez des amateurs forcenés de courses de taureaux qui n'avaient pas discontinué de vociférer toute une après-midi.

La marche de l'arthrite crico-arytenoïdienne est aiguë ou chronique. Aiguë, elle évolue en trois ou six septenaires et se termine par résolution ou suppuration. Chronique dans la tuberculose, le cancer, le lupus, la lèpre, souvent dans la syphilis et le rhumatisme, elle a une durée indéterminée. Exceptionnellement alors, elle se termine par résolution ; le plus ordinairement, c'est par induration et ankylose, souvent par suppuration et ulcération, quelquefois par nécrose.

Dans le traitement, l'hygiène a une large part. Repos aussi complet que possible de l'organe; éviter le froid et l'humidité proscrire les boissons et les aliments excitants ; ne pas fumer.

Si le malade est robuste, application de sangsues sur les côtés du cou. Si l'arthrite a le froid pour origine, diaphorétiques, cataplasmes émollients, inhalations chaudes, attouchements directs avec une solution de cocaïne. En cas d'œdème et de retrécissement de la glotte, scarifications de la muqueuse, avec la lancette laryngée.

Parfois même, l'imminence de l'asphyxie oblige à pratiquer la trachéotomie.

Quand l'arthrite est consécutive à une maladie aiguë générale, comme la fièvre typhoïde, la variole, etc., elle est tributaire du traitement de cette maladie. On y ajoute des pulvérisations antiseptiques.

Il en est de même pour les arthrites chroniques entretenues par un état diathésique ; la médication spécifique prime le traitement local, qui consistera en topiques astringents. Un abcès s'ouvre-t-il, laissant à nu le cartilage plus ou moins altéré, le mieux est de laver le fond avec une solution de borax et d'appliquer de la poudre d'iodoforme.

Si l'arthrite se termine par ankylose, rien à faire, à moins cependant que l'immobilité n'ait pour cause la résorption incomplète de l'exsudat. Dans lequel cas, les eaux thermales salines et sulfureuses peuvent amener la cure radicale.

Des altérations de la voix dans la période prémonitoire de la tuberculose pulmonaire *(De las alteraciones de la voz en el periodo presuntivo de la tuberculosis pulmonar)*, por el doctor A. Bassols y Prim.

Dans ce travail, l'auteur, après avoir résumé les opinions des différents pathologistes qui se sont occupés des débuts de la tuberculose, opinions qui concordent pour admettre l'altération de la voix comme phénomène initial important, propose une méthode simple et précise pour contrôler la diminution de force respiratoire et de tonicité musculaire des cordes vocales. Le moyen préconisé est le suivant : 1° mesurer la capacité musculaire du sujet ; 2° calculer, avec une quantité d'air déterminée, le temps pendant lequel un sujet sain peut tenir une note dans le registre le plus bas ; 3° répéter la même expérience sur le sujet en observation.

Il a été conduit à le formuler par la constatation, chez de nombreux tuberculeux, de phénomènes laryngoscopiques dont il donne la description.

L'acte de rapprocher les cordes vocales, chez ces malades, est lent et comme vacillant, ce qui permet à une certaine quantité d'air de s'échapper avant que le son demandé ait été produit. L'effort par lequel les cordes sont maintenues en contact et tendues est plus grand que chez un sujet sain, ce que démontre la facilité avec laquelle elles se relâchent pendant l'émission. Enfin le courant d'air expiré doit sortir avec force pour obtenir le mouvement des cordes.

BIBLIOGRAPHIE

Des tumeurs du larynx,
par le Dr Ch. SCHWARTZ, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ce travail du Dr Schwartz est consacré, comme l'indique ce titre, à l'étude des tumeurs du larynx et avant tout des tumeurs primitives de cet organe. Elles constituent deux catégories bien distinctes : les unes localisées aux tissus aux dépens desquels elles ont pris naissance, n'envahissent pas, ne détruisent pas la charpente de l'organe. Ce sont les tumeurs bénignes. Elles ne sont graves que par l'obstacle qu'elles apportent à la phonation et à la respiration. Les autres s'attaquent à la charpente elle-même du larynx, elles s'ulcèrent, tuent par l'asphyxie, l'inanition, la cachexie : ce sont les tumeurs malignes.

La première partie est consacrée aux tumeurs bénignes. Lieutaud, en 1767, rapporta le premier deux observations bien authentiques de polype du larynx. Le diagnostic ne fut pas fait pendant la vie. Desault, Otto (de Breslau), Pelletan, Ehrmann (de Strasbourg), Schultze, Gerdy rapportèrent des observations de polypes du larynx constatés à l'autopsie, ou diagnostiqués par le rejet par les voies naturelles d'une partie de la tumeur. A. Ehrmann, le fils du professeur de Strasbourg, pratiqua le premier la laryngotomie pour un polype du larynx. Le diagnostic avait été fait parce que la malade avait rejeté des parcelles de la tumeur. Rokitansky, Middeldorpff, Lewin et Prat enlevèrent, avant l'invention du laryngoscope, des tumeurs bénignes du larynx.

Après la découverte de Garcia et de Czermack, Von Bruns fait sur son frère la première opération endolaryngée. Depuis lors, l'extirpation des polypes est devenue chose commune. Il n'est pas de laryngologiste qui n'ait eu l'occasion de la pratiquer.

Le second chapitre est consacré à l'anatomie pathologiqu .

Schwartz étudie les tumeurs bénignes des parties molles, celles de la charpente.

Les polypes du larynx sont relativement fréquents. Ils sont le plus souvent intra-glottiques. La région aryténoïde et interaryténoïde, les moins souvent prises. Les tumeurs sous-glottiques sont les moins fréquentes. On observe sur le larynx des papillomes, des fibromes, des myxomes, des adénomes, des angiomes, des kystes, étudiés particulièrement par Moure, Cervesato, et Blanc qui a observé un cas de kyste dermoïde du larynx.

Les tumeurs qui naissent de la charpente du larynx sont rares. Les premiers faits bien observés appartiennent à Virchow et Störk ; ce sont d'ordinaire des tumeurs cartilagineuses.

Le troisième chapitre est consacré à l'étiologie et à la pathogénie des tumeurs bénignes du larynx, assez communes chez les enfants, on les observe surtout, d'après les statistiques de Fauvel et de Mackenzie, entre trente et quarante ans; elles sont rares chez le vieillard. Toutefois, Schiffers a opéré de polypes du larynx un homme de quatre-vingt-deux ans.

Les hommes sont le plus fréquemment atteints et parmi eux les gens dont la profession exige de fréquents efforts de voix.

Dans le quatrième chapitre, consacré à la symptômatologie, l'auteur étudie les symptômes fonctionnels : altération de la phonation, il est rare que l'aphonie soit complète, elle est plus ou moins prononcée, suivant qu'il existe ou non un pédicule. La dyspnée peut être très grave. Mackenzie l'a observée trente fois sur cent cas, quinze fois grave. La toux est assez rare ; il en est de même des troubles de la déglutition. La douleur, lorsqu'elle existe (c'est l'exception), tient à l'inflammation et à l'ulcération des parties voisines. Les malades accusent quelquefois la sensation d'un corps étranger. Les symptômes physiques sont révélés par le laryngoscope. Le toucher digital peut donner quelques renseignements.

Les chapitres cinquième et sixième sont consacrés à la marche, à la durée, à la terminaison et enfin au diagnostic des tumeurs bénignes. A ce dernier point de vue, il importe de résoudre les questions suivantes : 1° Existe-t-il un polype?

Comment le différencier des affections qui peuvent simuler une tumeur bénigne? 2° quels sont le siège et le point d'implantation? Quelle est sa nature? Le diagnostic doit être fait avec les tumeurs malignes, les végétations syphilitiques, tuberculeuses. L'auteur oublie les végétations du lupus du larynx.

Le dernier chapitre de la première partie est consacré au pronostic qui varie suivant le siège, le volume et la nature de la tumeur.

La seconde partie du travail de Schwartz est consacrée aux tumeurs malignes, le chapitre premier traite de l'historique de ces tumeurs. Leur histoire est de date plus récente encore que celle des tumeurs bénignes.

Dans le second chapitre, à propos de l'anatomie pathologique, Schwartz étudie la fréquence et le siège de la tumeur. Des variétés anatomiques, le sarcome est le moins fréquent. L'épithélioma et le carcinome constituent les deux variétés anatomiques du cancer du larynx. L'épiglotte et les cordes vocales inférieures sont le plus fréquemment atteintes. Dans le cancer primitif du larynx, l'adénopathie ne se montre que très tard. Cependant, dans un cas récemment observé à la clinique de Fauvel, l'adénopathie a pour ainsi dire précédé les autres manifestations de la tumeur maligne.

Dans le chapitre troisième, Schwartz étudie l'étiologie, l'influence de l'âge, du sexe, des diathèses, de l'hérédité.

Le quatrième chapitre est consacré à la symptomatologie. Les troubles de la phonation ouvrent la scène morbide et précèdent souvent et longtemps tous les autres, la toux les accompagne et en subit les variations. Les troubles de la respiration apparaissent ensuite; ils s'établis ent lentement et le cornage apparaît quand la dyspnée a acquis une grande intensité. Les troubles de la déglutition existent presque toujours à la dernière période du cancer du larynx, mais ils peuvent ouvrir la scène. Les douleurs, sourdes d'abord et localisées au larynx, deviennent lancinantes et se propagent à l'oreille. Il existerait, d'après Schwartz, un rapport assez fréquent entre les douleurs irradiées dans l'oreille et le siège

de la tumeur maligne au niveau de l'infundibulum laryngien, aux confins de la bouche et du pharynx. La salivation, l'expectoration présentent des caractères particuliers au cancer du larynx, les hémorragies indiquent d'ordinaire que la tumeur est ulcérée, elles peuvent être considérables.

Les signes objectifs sont fournis par le toucher, l'examen laryngoscopique, l'examen direct du larynx et des parties voisines. Schwartz les étudie en détail.

Les chapitres qui suivent (V, VI, VII) sont consacrés à l'étude, la marche, la durée, la terminaison, au diagnostic et au pronostic des tumeurs malignes. Schwartz aborde ensuite la troisième et dernière partie de son travail : elle concerne le traitement des tumeurs de l'organe vocal.

Le traitement des tumeurs bénignes peut être curatif ou palliatif. Le traitement curatif peut être fait par la méthode endo-laryngée, qui consiste à aller, guidé par le miroir, détruire ou extirper la tumeur, soit en agissant mécaniquement sur elle, soit par cautérisation chimique ou potentielle. Dans le premier cas, on agit par l'arrachement, l'écrasement, le raclage, l'incision ou l'excision; dans le second, on traite la tumeur par les caustiques chimiques ou le galvano-cautère. L'auteur, en passant, signale l'électrolyse préconisée par Fieber.

La méthode endo-laryngée doit être le plus souvent employée; on n'est excusable de pratiquer l'extirpation par la laryngotomie que dans certains cas de polypes sous-glottiques très difficiles ou impossibles à saisir par la première méthode. Les cas en sont très rares. Le seul traitement palliatif des accidents dyspnéïques chez l'enfant est la trachéotomie, chez l'adulte la trachéotomie ou la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne avec application de la canule de Krishaber, sauf à essayer ensuite l'extraction par les voies naturelles.

Le second chapitre est consacré au traitement des tumeurs malignes par la méthode endo-laryngée, par la laryngotomie, par la laryngectomie. L'extirpation du larynx peut être totale ou partielle; la dernière est préférable, mais l'une et

l'autre constituent une opération des plus dangereuses. Schwartz s'y arrête longuement, il donne un tableau statistique très complet des opérations de ce genre faites dans ces derniers temps, en étudie les indications et les contre-indications. Il envisage ensuite le traitement palliatif, c'est celui que l'on doit le plus fréquemment employer.

Un Index bibliographique des plus complets, précédé de tableaux comparatifs des cas de tumeurs traitées par l'extirpation et celles où la trachéotomie seule a été faite, terminent ce travail, fort sérieux et que consulteront avec fruit tous ceux qui s'occupent à un degré quelconque des affections du larynx. (Paris, chez J. B. Baillière, 1886.)

Dr J. Charazac.

Des arcs branchiaux chez l'homme

par le Dr E. Quenu,

Chirurgien des Hôpitaux, ancien chef du laboratoire d'histologie et ancien prosecteur des hôpitaux, ex-vice-président de la Société anatomique (1).

L'auteur, dans un premier paragraphe et pour mettre le lecteur au courant de la question, apprend ce qu'on doit entendre par appareil branchial. Constitué par des arcs branchiaux et des fentes branchiales, cet appareil existe chez tous les vertébrés : chez tous il est, au début, identique et la différenciation de l'appareil respiratoire est secondaire. Il signale comment, faute d'idées philosophiques, Meckel admit hypothétiquement l'existence de branchies à un stade de la vie embryonnaire des mammifères, et comment Rathke vint confirmer cette opinion. A ces noms on devrait joindre ceux de Wolff, Sœmmering et Bojanus qui auraient vu les arcs branchiaux avant Meckel. Van Baër, Reichert et nombre de savants après eux, se sont aussi occupés de la question et grâce aux documents qu'ils ont laissés, il est possible de se faire une juste idée du développement des arcs branchiaux et des transformations successives qu'ils éprouvent. L'étude du premier développement des arcs branchiaux n'ayant pu

(1) Paris, A. Davy, successeur de A. Parent, 52, rue Madame, et 3, rue Corneille.

être faite sur des embryons humains âgés de moins de quinze à dix-huit jours, force sera à l'auteur de se reporter à l'embryologie des oiseaux et des mammifères pour indiquer les phénomènes qui précèdent cette époque. C'est pourquoi il consacre aux premiers phénomènes du développement chez le poulet, le second paragraphe de sa thèse.

Après avoir montré par quoi est constituée la cicatricule du poulet avant toute incubation, il nous apprend les phénomènes successifs qui s'y passent. Il nous fait assister à la première ébauche de l'embryon et fait ensuite passer sous les yeux, en les notant avec le plus grand soin, chacune des particularités intéressantes auxquelles va donner lieu l'évolution du nouvel être. Nous sommes arrivés au commencement du troisième jour, la constitution de l'extrémité céphalique et du cou étant parfaitement connues, il nous décrit : la formation des fentes qui apparaissent les premières, puis celle des arcs branchiaux qui sont constitués par les reliefs existant entre les fentes. Il termine cet article en montrant l'intime connexion qui existe entre le développement des arcs branchiaux et celui des gros troncs artériels,

Ces deux paragraphes consacrés : le premier à l'historique de la question, le second aux phénomènes du développement du poulet, le docteur Quenu aborde son sujet qu'il divise en cinq chapitres.

Dans le premier chapitre, traitant de l'apparition de l'appareil branchial (apparition pouvant se faire du douzième au vingtième jour), il fait voir qu'il semble exister une certaine variabilité individuelle dans l'apparition successive des arcs, mais qu'il existe une chose invariable : l'ordre d'apparition. Apparition précoce et développement rapide de l'appareil branchial, tels sont pour l'auteur les deux points à mettre en lumière. Dans chaque arc, mais postérieurement à son apparition, se montrent d'abord les vaisseaux, et plus tard les nerfs. Il revient ensuite plus en détail sur le mode de formation des fentes. Sans vouloir essayer de résoudre la question controversée d'origine du tube pharyngio-œsophagien et sans vouloir prendre parti pour Robin ou ses adver-

saires, il lui paraît probable que la muqueuse ectodermique aurait, suivant l'opinion de Cadiat pénétré dans l'intestin antérieur. Mais il se refuse à admettre, comme prouvée, la pénétration par les fentes branchiales.

Dans le second chapitre, il étudie l'évolution de l'appareil branchial en général et la résume ainsi :

Les fentes disparaissent toutes chez l'homme, sauf une petite partie de la première.

Les quatre arcs président à la formation du cou et de la face.

Il montre les divergences de vue qui existent entre les auteurs sur le mode de disparition des fentes branchiales. Les théories de Cusset sur les rapports qui existent entre le développement de l'appareil branchial et la pathogénie des fistules congénitales et de certains kystes congénitaux du cou, ne sont que de simples hypothèses fort ingénieuses, il est vrai, mais auxquelles on ne saurait accorder tout le crédit d'une vérité scientifique.

Avec le troisième chapitre, commence l'étude de l'évolution des arcs en particulier.

A. Le premier paragraphe comprend le rôle du premier arc dans le développement de la face. L'évolution et la marche des bourgeons maxillaires supérieurs entre le bourgeon frontal et l'arc maxillaire inférieur, sont suivis pas à pas. Nous apprenons comment le bourgeon frontal se dédouble pour fournir les bourgeons nasaux internes ; comment les bourgeons nasaux externes proviennent des parties latérales du crâne et limitent avec les précédents, les fossettes olfactives d'abord, le sillon nasal ensuite. Il nous indique encore la formation du sillon lacrymal produite par la rencontre du maxillaire supérieur avec le bourgeon nasal externe; celle des fosses nasales, et enfin nous voyons se constituer la voûte palatine osseuse et membraneuse. C'est encore aux dépens des bourgeons maxillaires supérieurs que prend naissance le bourgeon ptérygo-palatin qui va former l'os palatin et l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde. Les vices de conformation pouvant résulter d'un arrêt ou d'un défaut de

développement, trouvaient ici leur place, aussi Quenu les signale-t-il avec le plus grand soin.

Il juge à propos de faire l'étude isolée des formations auxquelles prend part chacun des bourgeons constituant l'arc facial. Il rappelle que c'est aux dépens du ptérygo-palatin et du maxillaire supérieur que se forment la lame interne de l'apophyse ptérygoïde, le palatin, le maxillaire supérieur et l'os malaire. Il fait justice de l'opinion d'après laquelle on admettait que tous ces os se développaient sans l'intermédiaire de cartilage et rappelle que ce développement a lieu à la surface des cartilages qui guident ainsi l'ossification. Ce rôle des cartilages, il le montre en prenant pour exemple l'ossification du cartilage de Meckel, ce qui lui fournit l'occasion d'une étude très détaillée de l'évolution des deux portions de ce cartilage.

B. Après avoir rappelé que c'est surtout Reichert qui a étudié les transformations du second arc, il entre dans la description du développement de l'étrier et de l'appareil suspenseur de l'os hyoïde fournis aux dépens de ce second arc.

Les auteurs diffèrent sur le développemement de l'étrier, certains le faisant provenir du premier arc branchial, tandis que les autres le considèrent comme une dépendance du second; c'est à l'opinion de ces derniers que se range Quenu, fort en cela de « l'énorme argument de Huxley » qui a vu chez un lézard la columelle unie à l'hyoïde par un cartilage.

C'est aux dépens du segment inférieur du cartilage de Reichert ossifié à ses bouts que se développe l'appareil suspenseur de l'os hyoïde. Il est constitué par deux tiges osseuses reliées par une bande molle. La plus haute de ces deux tiges est l'apophyse styloïde (indépendante du temporal) et l'autre la petite corne de l'os hyoïde. Suit une étude comparée de cet appareil suspenseur chez les mammifères, les oiseaux et les poissons.

C. Le troisième arc sert à former le corps de l'os hyoïde et les grandes cornes.

D. Tandis que chez les mammifères, le quatrième arc n'aboutit qu'à la production des parties molles du pharynx

et du cou, chez les poissons, il forme, uni à une partie du troisième arc, une série de baguettes cartilagineuses constituant le véritable appareil branchial.

E. Tandis que pour Reichert, la langue serait un double bourgeonnement partant, vers la quatrième ou la cinquième semaine, de la symphise des mâchoires inférieures, pour Dursy, dont les idées sont du reste acceptées par Kölliker et His, la langue résulte de la fusion de deux rudiments : d'un rudiment inférieur placé en face des deuxième et troisième arcs branchiaux et d'un rudiment supérieur émané du plancher sous-maxillaire.

Quant au larynx, Reichert fait provenir des trois premiers arcs branchiaux l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes ; Kölliker au contraire ne veut voir aucune relation entre l'appareil branchial et le larynx.

Dans le quatrième chapitre, l'auteur étudie l'évolution des fentes branchiales. La première seule persistant chez les mammifères, il s'attache à décrire la série des transformations qu'elle subit. Cette fente s'oblitérant dans ses deux tiers antérieurs, formerait, d'après la théorie classique, par son tiers postérieur demeuré permanent, le conduit auditif externe, la caisse du tympan et la trompe d'Eustache. Mais ce rôle lui ayant été depuis contesté, Quenu s'attache, en s'appuyant sur l'autorité de Kölliker, à le lui restituer avec les modifications apportées par ce dernier auteur.

L'oreille moyenne proviendrait non directement de la fente branchiale, mais indirectement d'un diverticulum qui en émane.

La membrane du tympan serait constituée par le développement d'une plaque où sont plongés tous ensemble les osselets de l'ouïe et leurs muscles.

L'oreille externe comme l'oreille moyenne, a été regardée par certains auteurs comme une dépendance de la première fente branchiale, alors que d'autres leur ont refusé toute espèce de liens.

Parmi ceux qui la font provenir de la première fente branchiale, il faut citer His pour qui le pavillon de l'oreille naît des deux premiers arcs aux dépens de saillies ou bour-

rolets qui bordent cette première fente branchiale. Après l'apparition du pavillon, surviendrait le développement de la conque cartilagineuse qui en poussant un prolongement, va constituer la position cartilagineuse du conduit auditif; quant à la position osseuse, elle résulte du développement du cadre osseux qui reçoit le tympan.

Un diverticule épithélial médian, détaché de la paroi antérieure du pharynx au niveau du deuxième arc branchial, semblerait être le point de départ du corps thyroïde. Pour His, il existerait en plus deux rudiments latéraux qu'il est seul à mentionner.

Le thymus serait encore une production branchiale et naîtrait de la muqueuse pharyngienne. His, au contraire, verrait dans sa formation une invagination de l'ectoderme au niveau de ce qu'il appelle le *sinus præcervicalis*.

Dans le cinquième et dernier chapitre est étudiée l'évolution des arcs aortiques.

Au nombre de cinq, ces arcs artériels ne coexistent que pendant un temps très limité. Ils sont bientôt soumis à deux phénomènes qui sont : le premier, un phénomène d'atrophie, le second un phénomène de déplacement du point où le tissu aortique vient s'insérer sur la paroi antérieure du pharynx.

C'est en signalant l'homologie que l'on a voulu établir entre les arcs branchiaux et les côtes que Quenu termine son très important travail. Il se fonde sur la conception d'Owen relativement aux vertèbres, pour dire avec lui, que les arcs branchiaux sont les côtes des vertèbres céphaliques.

Pour être complet, nous dirons que 31 figures intercalées dans le texte, et empruntées aux meilleurs auteurs, rendent tout à fait compréhensibles les quelques points obscurs qui auraient pu se trouver dans cette thèse d'ailleurs si clairement exposée. N'omettons pas non plus un index bibliographique de trois pages permettant à ceux qui le désireraient, de s'instruire plus en détail sur la question (Thèse du Concours d'Agrégation. Section d'anatomie et de physiologie, 1886).

M. Natier.

Des Vertiges,

Par le Dr E. Weill, médecin des hôpitaux de Lyon.

On peut avec Grainger Steward définir le vertige : Le sentiment de notre instabilité dans l'espace relativement aux objets environnants. Le docteur Weill consacre à l'étudier un fort long travail dont nous allons donner à nos lecteurs une idée aussi exacte qu'il nous sera possible.

Après un premier chapitre consacré à des prolégomènes de physiologie, l'auteur aborde la classification des vertiges. Les diverses classifications des vertiges sont en général basées sur des conditions étiologiques, Weill préfère une classification basée sur la physiologie et considère trois ordres de vertiges : les vertiges par affection de l'appareil de l'équilibration réflexe ; les vertiges par affections sensorielles ; les vertiges mixtes. Ce serait sortir du cadre des études de la Revue que de suivre l'auteur dans la description des nombreuses formes de vertige, nous nous occuperons simplement du vertige de Ménière, que M. Weill décrit au reste en premier lieu.

Le vertige de Ménière peut se présenter sous deux formes, une forme paroxystique, dans laquelle au milieu d'une parfaite santé un individu a des tintements, des bourdonnements d'oreille; il voit les objets environnants osciller, son propre corps est titubant. Souvent il tombe, pâle, couvert d'une sueur froide. S'il se relève, il chancelle, est obligé de se retenir ; il éprouve des nausées, il vomit et tous ces phénomènes disparaissent au bout de quelques minutes ou d'un quart d'heure, laissant après eux une diminution de l'ouïe d'un ou des deux côtés. L'accès peut être précédé pendant fort longtemps de phénomènes bizarres, d'hallucinations étranges que l'auteur décrit et dont il donne des exemples, mais que nous ne pouvons indiquer ici.

D'après Ménière, Gowers, il y aurait parfois *perte de connaissance*. Charcot le nie formellement. La fin de l'accès est caractérisée par l'apparition des nausées et des vomissements. La diminution de l'ouïe est parfois très peu sensible. Il faut la *rechercher* pour la constater, c'est ce qui a parfois donné lieu

à des erreurs de diagnostic et fait songer à des vertiges *a stomacho læso.*

La forme continue est toujours précédée de la forme paroxystique. Le vertige dans la forme continue peut exister nuit et jour. Le malade a constamment la sensation éprouvée du haut d'un précipice ou au sommet d'une tour; s'il est couché, il peut sentir le lit bercé d'une façon continuelle, parfois son sommeil peut en être troublé. La démarche des malades est caractéristique et M. Gilles de la Tourette, qui a pris le graphique de la marche d'un vertigineux a constaté que le pas n'avait pas la longueur du pied, 16 c. 16, au lieu de 50 c. à l'état normal, que l'écartement total latéral mesurait 32 c. 26 au lieu de 12 c. 58.

La durée du vertige de Ménière est très longue, sa terminaison la guérison par la surdité. Les lésions trouvées jusqu'ici se réduisent à quatre autopsies. Deux cas traumatiques (Politzer et Voltolini) où on trouve des fissures traversant les fenêtres rondes et les limaçons avec extravasation sanguine remplissant le labyrinthe et la caisse. Deux cas spontanés (Ménière et Grüber) où il y eut exsudation sanguine dans les labyrinthes membraneux; l'examen de l'oreille pendant la vie révèle des lésions inconstantes et variables des parties accessibles.

Telle est la véritable maladie de Ménière, mais le vertige avec tous les symptômes de Ménière peut se produire dans un grand nombre de maladies de l'oreille, il est alors justifiable du traitement de l'affection auriculaire elle-même.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans le reste de son étude sur les vertiges; énumérons les principaux groupes : vertige cérébelleux, vertige dans les affections organiques du système nerveux, vertiges des névroses, vertiges sensoriels (etc.). La dernière partie est consacrée à l'étude de la pathogénie du diagnostic et du traitement des vertiges. (Paris, J. B. Baillière, 1886.)

Dr J. Charazac.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX NASAL.

Nouveau procédé de débridement des abcès profonds de la base de la langue dans la glossite phlegmoneuse, par le Dr Jules Boeckel.

Il s'agit, dans ce cas, de glossite phlegmoneuse compliquée d'abcès profond de la base de la langue. Une seule voie était offerte pour aller à la recherche du foyer purulent : c'était la région sus-hyoïdienne, c'est sur elle que fut porté le débridement. Le voici décrit par l'auteur :

Chloroformisation. — Incision transversale de 6 centimètres sur la partie latérale droite de la région sus-hyoïdienne, comprenant la peau et le peaucier ; section parallèle du muscle mylo-hyoïdien, forcipressure de deux artérioles musculaires. Glissant alors une sonde cannelée dans l'angle droit de la plaie, je déchire une enveloppe et aussitôt un flot de pus crémeux, bien lié, non fétide, mêlé à une petite quantité de sang noirâtre, jaillit au dehors. Sa quantité peut être évaluée à un demi-verre à Bordeaux. Je peux alors introduire les doigts dans la plaie, à une profondeur de 6 centimètres, et constater que le foyer se trouve situé sous la langue, dans l'épaisseur même des muscles qui concourent à sa formation. Tampon de gaze phéniqué. Plaie laissée béante. Dès le soir, le malade se sent soulagé. Le lendemain, il boit sans difficulté, le troisième jour il mange un ris de veau, de grand appétit. Guérison définitive au bout de quinze jours (*Mémoires de la Soc. de Méd. de Strasbourg*, 1885). Dr J. Ch.

De la valeur de l'acide borique dans les diverses affections de la bouche (*On the value of Boric acid in various conditions of the mouth*), par le Dr Mac Grégor.

Dans la stomatite catarrhale simple des lotions (mouth wash) avec 0,40 à 0,60 cent. d'acide borique pour 30 grammes d'eau amenaient une guérison rapide ; elles exercent une influence salutaire dans la forme ulcéreuse, mais il vaut mieux alors l'employer en poudre sur les ulcérations. On peut l'em-

ployer seul ou additionné de chlor. de potasse. Il guérit rapidement le muguet chez les jeunes enfants. Dans la pharyngite on se trouve fort bien de l'emploi de gargarismes avec acide borique et glycérine additionnés d'acide tannique ou d'alun. (*The Brit. med. Journ.*, 10 juillet 1886). Dr J. Ch.

Un cas de rhinoscolérome (*A case of rhinoscleroma*), par le Dr Sydney Davies, du Caire.

La malade, née à Settayta Ahmed (Egypte), est âgée de trente ans; elle est mariée depuis douze ans. L'affection a débuté un an après son mariage. L'auteur la vit pour la première fois en 1885. Le nez, considérablement augmenté de volume, donne à la face un aspect repoussant. Les ailes du nez, les lèvres, le voile du palais sont infiltrés, les os du nez paraissent indemnes, mais toute la cavité des fosses nasales est remplie par une tumeur dure présentant la même coloration que sur la peau. On peut avec le doigt porté dans l'arrière-bouche sentir la tumeur dans les arrières fosses nasales. Elle fut enlevée en deux séances : la malade éprouva un grand soulagement. L'examen microscopique fut fait par le Dr Brugich. On ne trouva pas de bacille, mais les coupes étaient formées de petites cellules infiltrées dans les papilles, le chorion et semblables à celles décrites par Kaposi (*The Brit. Med. Journ.*, 29 mai 1886). Dr J. Ch.

Un cas de kyste de la bourse pharyngienne, par le professeur Masucci.

Une femme âgée de quarante-cinq ans souffrait depuis dix-huit mois d'une gêne de la respiration nasale, de céphalée fronto-occipitale et d'accès d'asthme. L'examen rhinoscopique antérieur révèle l'existence de polypes muqueux dans les deux fosses nasales, la rhinoscopie postérieure permet d'apercevoir un néoplasme volumineux de la voûte pharyngienne. Cette tumeur était de coloration jaunâtre et présentait à sa partie la plus saillante un point noirâtre. Au toucher on constate que la tumeur est fluctuante.

Les polypes furent extirpés tout d'abord; la gêne respiratoire n'en persista pas moins; elle cessa lorsque la tumeur de

la voûte pharyngée eut disparu après avoir laissé s'écouler après une simple ponction un liquide blanchâtre.

L'auteur pense que la tuméfaction était produite par un *kyste de la bourse pharyngienne*.

Il fait observer combien sont rares les cas de ce genre, fait l'anatomie de cette bourse et expose brièvement les travaux parus jusqu'à ce jour sur ce sujet et en particulier le travail de Tornwald sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection. Dr CARDONE.

Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Adenoïd vegetations in the naso-pharyngeal cavity*), par le Dr FRANKLIN HOOPER.

Cette affection, dit Hooper, est moins communément observée en Amérique qu'en Europe. Il conseille pour le traitement l'ablation à l'aide des pinces nasales tranchantes, ou du serre-nœud en s'aidant du rhinoscope (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 4 mars 1886). BRYSON DELAVAN.

LARYNX ET TRACHÉE.

Sur les tumeurs du larynx (*On the tumours of the larynx*), par le Dr DAVID NEWMANN.

L'auteur se propose de faire ressortir les différences qui existent entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes du larynx. Et d'abord il importe de distinguer les néoplasmes véritables des tumeurs d'origine inflammatoire. Les premiers ont une tendance à persister et à s'accroître, les autres tendent souvent à disparaître. Leur mode de nutrition permet aussi de les différencier. L'étiologie des tumeurs est fort obscure et il est, à l'heure actuelle, impossible d'en indiquer la cause réelle. Le catarrhe chronique de la muqueuse laryngée est une des principales causes des tumeurs bénignes, mais il en est plus souvent encore le résultat. Les tumeurs du larynx peuvent être congénitales, et l'hérédité agit dans leur production au même titre que dans les tumeurs de toute autre partie du corps.

Ce qu'il importe tout d'abord d'établir, c'est le caractère de bénignité et de malignité de la tumeur. Cependant, en raison de sa situation, une tumeur même bénigne peut entraîner la

mort. Les symptômes les plus importants dans les cas de néoplasmes du larynx sont les troubles de la phonation, la toux, la douleur, l'hémorragie, la gêne de la respiration et de la déglutition. L'auteur étudie ces différents symptômes.

La voix est toujours plus ou moins altérée, les modifications qu'elle éprouve dépendent surtout du siège de la tumeur. La toux n'est pas un symptôme constant. Le malade cependant éprouve d'ordinaire un besoin constant de débarrasser sa gorge; elle peut être très violente, s'accompagner de spasme du larynx; dans certains cas, une portion de la tumeur peut être expectorée. Dans les cas de tumeurs bénignes la douleur et la dysphagie sont rarement très accentuées.

Il n'en est pas de même dans le cancer. L'hémorragie survenant dans un cas de néoplasme du larynx est presque pathognomonique du cancer, surtout lorsqu'elle est abondante, car dans les autres cas, il peut se produire de légères hémoptysies venant du poumon et résultant des efforts de toux. Fort souvent la gêne respiratoire existe, mais la dyspnée très prononcée est moins commune que les troubles de la phonation. Les caractères de la dyspnée varient; elle peut être passagère et paroxystique dans les cas de tumeur pédiculée.

L'auteur rapporte plusieurs observations de tumeurs du larynx. Un cas d'adénome chez un homme de soixante-deux ans. On dut pratiquer la trachéotomie. Un autre chez une femme de vingt-sept ans. Un cas de papillome chez une femme de quarante-huit ans, enlevé par la voie endo-laryngienne.

L'auteur consacre le reste de son travail à l'étude de l'anatomie pathologique, du diagnostic et du traitement des néoplasmes du larynx. Il conclut en faisant observer que dans les cas de tumeur maligne, si cette dernière cause une dypsnée considérable, la trachéotomie peut prolonger la vie du malade et la lui rendre plus supportable. La morphine en insufflation et en attouchements, calme la douleur. La laryngectomie ne peut être tentée que si l'affection a été diagnostiquée au début. (*The Brit. Med. Journ.*, 27 mars, 1er et 8 mai 1886.

Dr J. Ch.

Un cas d'extrême hypertrophie des bandes ventriculaires avec adhérences partielles consécutives à une plaie du larynx, par le Dr M. Donogh.

Une fille de 17 ans avait avalé un os par le larynx, il en résulta une suppuration qui fut suivie d'adhérence des fausses cordes vocales à leur partie extérieure jusqu'à un point correspondant à l'union du tiers moyen au tiers postérieur. Le larynx étant soumis à l'influence de la cocaïne, l'auteur fit entre les fausses cordes des applications d'acide chromique. Elles furent répétées deux fois par semaine jusqu'à destruction complète au bout de six semaines. (*The Canada Practitioner*, mars 1886.) Bryson Delavan

---

Corps étranger du larynx, par le Dr Ayzaguer.

Le malade, âgé de ving-trois ans, avait avalé une aiguille en mangeant une omelette; il souffrait beaucoup, mais n'éprouvait pas de gêne pour respirer. L'une des extrémités de l'aiguille était enfoncée sur la face postérieure et inférieure de l'épiglotte, l'autre s'appliquait sur la région interaryténoïdienne. Il put extraire l'aiguille du larynx à l'aide de pinces de Schoëtter, sans la casser.

L'auteur rappelle les principes qui souvent président au traitement des corps étrangers du larynx, principes formulés jadis par Elsberg :

1° Une personne qui a un corps étranger du larynx ou des voies aériennes, ne doit jamais être laissée sans secours médical.

2° Le traitement par des médicaments internes est le plus souvent inefficace. Les vomitifs sont dangereux ;

3° L'extraction doit autant que possible être précédée de l'examen laryngoscopique fait par un médecin expérimenté;

4° La trachéotomie prophylactique doit être pratiquée sur la moindre indication dans tous les cas où l'extraction immédiate est impossible (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, févr. 1886). Dr J. Ch.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE (Suite) (1).

par le Dr MOURA

II.

Jusqu'à présent je n'ai fait qu'enregistrer les dimensions moyennes des différentes parties des lèvres de la glotte. Mais ces moyennes, acceptées par les anatomistes, les physiologistes, les laryngologistes, par la science en un mot, ne sont que l'expression, selon moi, d'une vérité relative. Leur application pratique est entachée d'erreurs inévitables. Cela tient à ce que l'on envisage la statistique en général comme le procédé le plus propre à découvrir les lois ou principes des connaissances humaines, tandis qu'elle ne peut servir qu'à les vérifier, car ces principes sont antérieurs à elle-même. Cette démonstration va se faire sans effort à propos du sujet qui m'occupe.

Le relevé suivant fourni par la laryngométrie montre combien la science est loin de la vérité :

1° Le diamètre antéro-postérieur de l'orifice de la glotte est, pour tout le monde, de 15 à 16^{mm} chez la femme, de 23 à 24^{mm} chez l'homme. Or, sur 58 larynx féminins, 13 avaient un orifice de 15^{mm}, et 8 de 16^{mm}. Ainsi 37, c'est-à-dire les deux tiers, faisaient exception.

Sur 133 larynx masculins 28 mesuraient 23^{mm} d'ouverture glottique et 14, 24^{mm}. Ainsi 97, c'est-à-dire les 5/7e environ, ne rentraient pas dans la loi scientifique.

2° Il est admis également que la portion *ligamenteuse* ou *membraneuse* de la lèvre de la glotte est égale au double de sa portion cartilagineuse; celle-ci mesure, en moyenne, 5^{mm} chez la femme, et 8^{mm} chez l'homme.

Or, j'ai relevé 15 fois seulement cette moyenne dans le sexe féminin; dans les trois quarts des cas, c'est-à-dire 43 fois, cette moyenne était inférieure ou supérieure. Dans le sexe masculin, elle existait 30 fois sur 135 sujets, c'est-à-dire 2 fois sur 9.

(1) Voir *Revue*, n° 9, septembre 1886.

La laryngométrie nous tient donc en garde contre les applications erronées de moyennes scientifiques trop absolues, en nous mettant sur la voie de la vérité, telle que le modèle peint par l'artiste.

Ce sont les 38 larynx féminins ayant 14, 15, 16, 17^{mm} de diamètre glottique qui font les 2/3, c'est-à-dire la loi. Celle qui établit la proportion entre les deux parties cartilagineuse et ligamenteuse se trouve dans les 5, 6 et 7^{mm} des 40 aryténoïdes, c'est-à-dire dans les deux tiers des larynx féminins. Le bord cartilagineux de la lèvre de la glotte mesure 5^{mm} sur un quart des sujets, 6^{mm} sur un autre quart, 7^{mm} sur 1/6e et le diamètre de l'orifice, 14^{mm} sur 1/7e, 15^{mm} sur 1/4, 16^{mm} sur 1/7e, 17^{mm} sur 1/6e.

Du côté du sexe masculin, la loi se trouve, pour le diamètre de la glotte dans les deux tiers environ (101) des sujets, de même que pour son bord cartilagineux (111). Ce diamètre avait 21^{mm} dans le 1/9e des cas, 22^{mm} dans le 1/7e, 23^{mm} dans le 1/5e, 24^{mm} dans le 1/9e, 25^{mm} dans le 1/11e, 26^{mm} dans le 1/10e et le bord aryténoïdien, 6^{mm} une fois sur 4, 7^{mm} une fois sur 5, 8^{mm} une fois sur 4, et 9^{mm} trois fois sur 11.

Chapitre I. — Lèvres vocales suivant les ages.

§ I. — *Chez la femme, 54 larynx :*

Les dimensions des lèvres glottiques, considérées à l'état de repos et suivant les âges, donnent les résultats suivants :

		P. ligament.	P. aryt.	Totalité.
De 17 à 30 ans,	20 sujets.	10^{mm}5;	5^{mm}5;	16^{mm};
— 30 à 40 —	6 —	11^{mm};	5^{mm}5;	16^{mm}5;
— 40 à 50 —	13 —	11^{mm}5;	5^{mm}5;	17^{mm};
— 50 à 60 —	4 —	11^{mm}5;	6^{mm};	17^{mm}5;
— 60 à 80 —	11 —	10^{mm}5;	6^{mm};	16^{mm}5.

Considérées à l'état de tension, elles avaient :

	P. ligament.	P. aryt.	Totalité.
De 17 à 30 ans.....	14^{mm};	5^{mm}5;	19^{mm}5;
— 30 à 40 —	14^{mm}5;	6^{mm}5;	21^{mm};

— 40 à 50 —	14mm5;	6mm5;	21mm;
— 50 à 60 —	14mm;	6mm5;	20mm5;
— 60 à 80 —	14mm.	6mm;	20mm.

Les moyennes dimensions à l'état de repos démontrent que la portion ligamenteuse augmente d'un demi-millimètre de 30 à 40 ans, et d'un autre demi-millimètre de 40 à 50 ans. A partir de 60 ans, elle perd un demi-millimètre. Ainsi, l'époque de la vie où la partie sonore, vibrante, est la plus longue, serait la période de 40 à 60 ans.

Quant à la portion aryténoïdienne ou cartilagineuse, elle conserve 5mm5 de 17 à 50 ans; elle s'accroît d'un demi-millimètre après cet âge. Nous savons toutefois que cet accroissement peut s'élever à 3mm.

La lèvre vocale entière ou la glotte gagne un demi-millimètre à chacune des 4 premières périodes; puis elle perd 1mm à la dernière, c'est-à-dire sur la fin de la vie.

§ II. — *Chez l'homme, 132 larynx :*

Considérées à l'état de repos, les lèvres glottiques avaient :

	P. membran.	P. cartilag.	Totalité.
De 19 à 30 ans, 23 sujets.	17mm;	7mm;	24mm;
— 30 à 40 — 36 —	16mm5;	7mm5;	24mm;
— 40 à 50 — 20 —	16mm;	7mm5;	23mm5;
— 50 à 60 — 22 —	16mm,	8mm;	24mm;
— 60 à 70 — 23 —	16mm;	8mm;	24mm;
— 70 à 80 — 8 —	16mm;	8mm5;	24mm5.

A l'état de tension, elles ont fourni les longueurs moyennes suivantes :

	P. membran.	P. cartilag.	Totalité.
De 19 à 30 ans.....	20mm5;	7mm5;	28mm;
— 30 à 40 —	19mm5;	7mm5;	27mm;
— 40 à 50 —	20mm;	7mm5;	27mm5;
— 50 à 60 —	19mm5;	8mm;	27mm5;
— 60 à 70 —	19mm5;	8mm;	27mm5;
— 70 à 80 —	19mm;	8mm5;	27mm5.

Cette statistique nous apprend que la portion membraneuse, au repos, possède 17mm de longueur chez les individus âgés

de dix-neuf à trente ans ; qu'elle perd 1 demi-millimètre de trente à quarante, puis un autre demi-millimètre de quarante à cinquante ans, et qu'elle ne subit aucun changement à partir de cinquante ans.

La portion cartilagineuse, au contraire, s'accroît d'un demi-millimètre de trente à quarante ans, d'un second de cinquante à soixante, d'un troisième de soixante à soixante-dix et d'un quatrième demi-millimètre de soixante-dix à quatre-vingts ans ; de sorte que le développement de la partie aryténoïdienne est entièrement le résultat des progrès de l'âge.

Considérée dans toute sa longueur et à l'état de repos, la lèvre glottique perd un demi-millimètre entre quarante et cinquante ans; elle retrouve ce demi-millimètre de cinquante à soixante, et elle en acquiert un autre de soixante-dix à quatre-vingts ans.

Les 8 larynx de la période de soixante-dix à quatre-vingts ans avaient une glotte 3 fois de 25^{mm} et 1 fois de 31^{mm}, c'est-à-dire des lèvres glottiques au-dessus de la longueur moyenne 4 fois sur 8.

De dix-neuf à trente ans, 7 sujets seulement sur 23 avaient 25^{mm} 1 fois, 26 et 28^{mm} 2 fois, 29 et 30^{mm} 1 fois.

La différence de longueur des lèvres de la glotte à ces deux périodes extrêmes de la vie tient, on le sait d'avance, au développement de la portion aryténoïdienne ou cartilagineuse ; celle-ci acquiert, par l'effet de l'âge, un millimètre et demi à deux millimètres aux dépens de la portion membraneuse.

§ III. — *Comparaison des lèvres vocales aux divers âges de la vie dans les deux sexes.* — Les différences que présentent entre elles, à l'état de repos, les portions membraneuses et aryténoïdiennes, sont les suivantes :

De 19 à 30 ans.....	6^{mm}5;	1^{mm}5;
— 30 à 40 —	5^{mm}5;	2^{mm};
— 40 à 50 —	4^{mm}5;	2^{mm};
— 50 à 60 —	4^{mm}5;	2^{mm};
— 60 à 80 —	5^{mm}5:	2^{mm} à 2^{mm}5.

C'est à l'âge de dix-neuf à trente ans, que les lèvres de la glotte, chez l'homme et chez la femme, présentent leur plus grande divergence. Leur variation millimétrique affecte plus spécialement la portion membraneuse Ainsi la longueur de celle-ci, réduite à $10^{mm}5$ dans le sexe féminin, s'élève dans l'autre sexe à 17^{mm} au lieu de $15^{mm}5$. La lèvre vocale membraneuse possède donc chez l'homme, non seulement un tiers de longueur, mais encore un millimètre et demi à deux millimètres en plus que celle de la femme.

Quant à la totalité de la lèvre, il existe, aux deux âges extrêmes de la vie, une différence — $7^{mm}5$ — un peu plus grande que le tiers de la longueur du diamètre de la glotte féminine. Cette différence descend à $6^{mm}5$ de quarante à soixante ans. Il faudra par conséquent tenir compte de ces variations lorsqu'il s'agira d'établir le parallélisme entre les diverses longueurs des ligaments vocaux dans l'un et l'autre sexe.

J'étais loin de soupçonner qu'il y eût deux périodes de la vie pendant lesquelles les lèvres de la glotte offraient un contraste aussi curieux qu'instructif.

Nous venons de reconnaître en effet que, chez la femme, les lèvres vocales les plus courtes appartiennent aux âges extrêmes, de dix-sept à trente ans et de soixante à quatre-vingts ans. C'est le contraire pour l'homme : ce sont les lèvres les plus longues qui se rapportent à ces deux époques.

Un autre contraste anatomique se présente à propos des périodes de quarante à cinquante ans d'une part, de cinquante à soixante d'autre part; la première est celle où les lèvres glottiques du sexe masculin ont leur plus petite dimension et la seconde celle où elles sont les plus longues dans le sexe féminin.

La raison de ces anomalies apparentes trouve son explication dans le mode de développement des cartilages thyréoïdes et aryténoïdes.

Chez le jeune homme, la pomme d'Adam subit un changement profond entre quatorze et dix-huit ans ; la transformation du thyréoïde est rapide, et elle entraîne celle de la portion

membraneuse de la lèvre glottique, laquelle atteint son maximum de longueur, 17^{mm}. Au chapitre II nous donnerons l'explication et le sens de ce mouvement de croissance.

Chez la femme, les diverses parties de l'organe de la voix, parties molles et parties solides, grandissent et se développent régulièrement sans brusquerie. La portion membraneuse de la glotte atteint, par conséquent, sa plus grande longueur bien plus tard, entre quarante et cinquante ans. De là cette anomalie apparente qui n'est, en réalité, qu'un fait normal et d'ordre physiologique.

Quant à la portion aryténoïdienne, son développement se prononce, chez l'homme, dès l'âge de trente à quarante ans, tandis que chez la femme, il reste stationnaire jusqu'à cinquante ans. Ce développement se faisant aux dépens de la portion membraneuse, celle-ci diminue de longueur; de sorte qu'au lieu d'acquérir des notes dans la voix, le sexe fort en perd pendant que le sexe faible en acquiert de son côté. Ces modifications anatomiques, établies d'une façon plus précise aujourd'hui, ont une importance qui n'échappera pas au physiologiste et au professeur de chant.

Chapitre II. — Thyréoïde.

Je n'ai soumis le cartilage de la pomme d'Adam à la mensuration, qu'aux points de vue de la hauteur de son angle saillant et de l'insertion des lèvres glottiques sur la partie postérieure de cet angle.

Mes recherches sur les dimensions du cricoïde me fourniront l'occasion d'examiner le cartilage scutiforme au point de vue du rôle physiologique des articulations thyréo-cricoïdiennes.

§ I. — *Thyréoïde chez la femme, 11 larynx.*

1° Hauteur de l'angle saillant :

Mesurée du bord inférieur à l'échancrure supérieure, elle a présenté 4 fois 13^{mm}, 3 fois 14 et 15^{mm}, 1 fois 11^{mm}.

Haut. extrêmes 11^{mm} et 15^{mm}.

Variétés..... 4^{mm}.

Moyennes : statistique, 13mm5; extrême, 13mm; vraie, 13mm5.

2° Insertion des lèvres vocales relativement au bord inférieur du thyréoïde :

Fréquence..... 4 fois à 5mm et à 6mm, 2 fois à 7mm, 1 fois à 8mm.

Extrêmes..... 5mm à 8mm.

Variétés..... 3mm.

Moyennes : statistique, 6mm; extrême, 6mm5; vraie, 6mm.

3° Insertion des lèvres vocales relativement à l'échancrure.

Fréquence..... 3 fois à 8mm et à 9mm, 2 fois à 5mm, 1 fois à 6, 7, et 10mm.

Extrêmes..... 5mm et 10mm.

Variétés..... 5mm.

Moyennes : statistique, 7mm5; extrême, 7mm5; vraie, 7mm5.

4° Insertion des lèvres vocales relativement à la hauteur de l'angle saillant. Fréquence : 3 fois aux 6/14es ou 3/7es et aux 6/13es, 2 fois aux 7/15es et 1 fois 6/11es, 5/13es et 6/15es.

Cette insertion a eu lieu, par conséquent, une fois au-dessus du milieu de l'angle et 10 fois au-dessous; cela veut dire que, 10 fois sur 11, l'extrémité antérieure de la glotte était située un peu au-dessous du centre de la saillie de l'angle du thyréoïde. Cette insertion se fait donc sur un petit espace de 2mm seulement et à 7mm5 de l'échancrure.

§ II — *Thyréoïde chez l'homme, 33 larynx.*

1° Hauteur de l'angle saillant :

Fréquence..... 9 fois 17mm, 6 fois 15mm, 5 fois 18mm et 19mm, 4 fois 16mm, 2 fois 20mm, 1 fois 11mm et 21mm.

Extrêmes..... 11mm et 21mm.

Variétés..... 10mm.

Moyennes : statistique 17mm5, extrême 16mm, vraie 8mm.

2° Insertion des lèvres vocales relativement au bord inférieur du thyréoïde :

Fréquence..... 6 fois à 6mm et à 8mm, 10 fois à 7mm, 9 fois à 9mm, 2 fois à 10mm.

Extrêmes..... 6 et 10mm.

Variétés..... 4mm.

Moyennes : statistique 7mm7, extrême 8mm, vraie 8mm.

3° Insertion des lèvres vocales relativement à l'échancrure :

Fréquence..... 9 fois à 8mm, 7 fois à 10mm, 5 fois à 11mm, 4 fois à 9mm, 3 fois à 6mm, 1 fois à 3mm, 5mm, 7mm, 12mm et 14mm.

Extrêmes..... 3mm et 14mm.

Variétés..... 11mm.

Moyennes : statistique 8mm9, extrême 8mm5, vraie 9mm.

4° Insertion de la commissure glottique relativement à la hauteur de l'angle saillant :

Fréquence..... 6 fois aux 7/17es, 4 fois aux 6/15es, 3 fois aux 6/16es ou 3/8es, aux 7/18es et aux 9/17es, 2 fois aux 7/15es, aux 8/18es ou 4/9es, aux 9/19es et aux 8/20es ou 2/5es, 1 fois aux 9/11es, aux 7/16es, aux 6/19es aux 7/19es, aux 8/19es et aux 10/21es.

Sur 33 sujets, cette insertion existait 1 fois au milieu de l'angle, 4 fois au-dessus de ce milieu et 28 fois au-dessous. Cela veut dire que la commissure des lèvres vocales était 1 fois sur 8 située au-dessus du centre de la saillie de la pomme d'Adam, et 7 fois sur 8 au-dessous.

Elle correspondait extérieurement au tiers moyen et se faisait dans un espace limité de 4mm, comme l'indiquent les extrêmes 6mm et 10mm.

§ III. — *Comparaison du thyréoïde chez la femme et chez l'homme.*

La hauteur de l'angle saillant possède 3mm5 de plus dans le sexe masculin, c'est-à-dire le quart en plus de la hauteur de l'angle du larynx féminin. Cette différence s'est élevée, dans certains cas, jusqu'à 10mm, sans parvenir toutefois au double de la plus petite hauteur féminine, 11mm.

Sur les 11 larynx de femmes, les hauteurs de l'angle saillant ont varié de 4^{mm} seulement, tandis que sur 33 hommes cette variation est arrivée à 10^{mm}.

L'insertion antérieure des lèvres de la glotte se fait, dans le larynx féminin, à 7^{mm}5 et, dans le larynx masculin, à 9^{mm} de l'échancrure thyréoïdienne. Elle a présenté cinq variétés millimétriques dans le premier, et 11 dans le second.

Relativement au bord inférieur du thyréoïde, l'insertion des lèvres se fait à 6^{mm} au-dessus chez la femme, à 8^{mm} chez l'homme; la première présente 3 variétés et la seconde 4.

Le rapport entre le point d'insertion de la commissure des lèvres vocales et la hauteur de l'angle du thyréoïde est à peu près le même dans les deux sexes; c'est le tiers moyen qui est le lieu de cette insertion. Toutefois, il semble présenter plus de fixité millimétrique chez la femme, car l'insertion se fait, chez elle, sur une espace de 2^{mm} et présente seulement 2 variétés, tandis que, chez l'homme, elle a lieu sur un espace de 4^{mm} et présente par conséquent 4 variétés.

La connaissance de ce rapport peut trouver son application soit dans la thyréotomie, soit dans la cricothyréotomie, soit dans la laryngotomie, soit enfin dans d'autres opérations que la chirurgie laryngienne est appelée à pratiquer contre les maladies les plus graves de l'appareil de la respiration et de la phonation.

§ IV. — *Anomalies thyréoïdiennes.*

Sur un sujet de trente-quatre ans, l'inégal développement des deux moitiés du cartilage scutiforme coïncidait avec l'insertion asymétrique des extrémités antérieures des deux lèvres glottiques. Du côté gauche, le bord médian de la pomme d'Adam mesurait 17^{mm} et du côté droit 18^{mm}. L'insertion gauche avait lieu aux 9/17es, celle de droite aux 9/18es, au milieu de l'angle saillant.

A cette anomalie, correspondait celle des ventricules; leur profondeur mesurait 25^{mm} à gauche, 15^{mm} seulement à droite.

Avec un organe aussi défectueux, on comprend que la voix de l'homme qui la possédait ait fait entendre une discordance de sons, attribuée à une maladie qui n'existait pas.

A côté de cette anomalie, il faut ranger la suivante, constatée sur le vivant.

Il s'agit de la mobilité naturelle d'une moitié du cartilage sur l'autre moitié, chez un étudiant de vingt-quatre à vingt-cinq ans. Rien à l'extérieur ne l'indiquait et, quoique très légèrement variable par instants, la parole ne la faisait pas supposer.

Le laryngoscope seul me mit sur la voie de cette découverte. L'éclairage de la cavité laryngienne mit à jour une asymétrie du plan de situation des deux lèvres de la glotte pendant l'inspiration et l'expiration. L'une, celle de droite, se trouvait en arrière, située sur un plan plus élevé que celle de gauche. En faisant émettre des sons pendant l'examen laryngoscopique, on voyait les deux lèvres se placer exactement de champ et toute irrégularité disparaitre.

L'aryténoïde droit participait à l'asymétrie; il était plus élevé que l'aryténoïde gauche pendant le repos de l'organe de la voix.

Vivement intrigué par cette nouveauté anatomo-physiologique, j'inspectai attentivement le larynx à l'extérieur. Je fis constater au possesseur de cette anomalie, et à un autre étudiant qui l'accompagnait, un chevauchement léger d'une moitié du cartilage sur l'autre. Le doigt placé sur l'angle saillant, percevait très nettement l'instant où cette anomalie et, par suite, l'asymétrie intérieure cessaient. Cet instant correspondait à celui de la suspension de la respiration et à celui de l'émission des sons. De sorte que les notes de la voix chantée n'avaient rien de désagréable à l'oreille, contrairement à ce qui arrivait pour la voix articulée ou la parole.

Le défaut de soudure des deux moitiés du thyréoïde était situé à gauche de la ligne médiane de la pomme d'Adam. En redressant la moitié gauche du cartilage, la contraction des muscles thyréo-aryténoïdiens et celle des deux pharyngiens inférieur et moyen reconstituaient la symétrie nécessaire à

l'harmonie des vibrations des lèvres de la glotte et le timbre de la voix retrouvait sa pureté.

Cette défectuosité thyréoïdienne est sans nul doute une des causes qui peuvent produire le timbre variable, l'enrouement particulier de la parole chez certaines personnes, et rendre compte, en même temps, du timbre pur et parfois puissant de leur voix chantée.

Chapitre III. — Épiglotte.

§ I. — *Chez la femme, 58 larynx*

1° Face externe ou linguale.

Mesurée d'avant en arrière, la longueur de cette face externe a présenté : 10 fois 18mm, 9 fois 16mm, 7 fois 13mm et 17mm, 5 fois 19mm, 4 fois 14mm et 15mm.

Extrêmes long. 12mm et 24mm.
Variétés..... 12mm.

Moyenne : statistique, 17mm; extrême, 18mm.

2° Longueur de la face interne ou laryngée :

Fréquence..... 10 fois 25mm et 27mm, 8 fois 28mm, 7 fois 26mm, 5 fois 23mm et 30mm.
Extrêmes..... 21mm et 32mm.
Variétés..... 11mm.

Moyennes : statistique, 26mm5, extrême, 26mm5.

3° Largeur de la face interne mesurée au niveau de sa plus grande dimension.

Fréquence..... 19 fois 20mm, 10 fois 21mm, 8 fois 22mm.
Extrêmes..... 12mm et 28mm.
Variétés..... 16mm.

Moyennes : statistique, 20mm, extrême, 20mm.

4° Genre de conformation du bord de l'épiglotte, 35 larynx.

Fréquence : 18 fois du troisième genre, 16 fois du deuxième 1 fois du premier (1).

(1) Le 1er genre comprend les formes *oméga* et *fer-à-cheval;* le 2e, la forme *demi-cercle;* le 3e, la forme *axe de cercle*, et le 4e, la forme *conique*.

§ II. — *Épiglotte chez l'homme, 133 larynx.*

1° Longueur de la face externe ou linguale :

Fréquence..... 9 fois 20mm, 23 fois 21mm, 14 fois 22mm, 10 fois 18mm et 23mm.

Extrêmes long. 13mm et 30mm.

Variétés..... 17mm.

Moyennes : statistique, 21mm; extrême, 21mm5.

2° Longueur de la face interne ou laryngée.

Fréquence..... 23 fois 35mm, 18 fois 32mm, 33mm et 34mm, 11 fois 31mm et 36mm.

Extrêmes..... 22mm et 44mm.

Variétés..... 22mm.

Moyennes : statistique, 33mm; extrême, 33mm; vraie, 34mm.

3° Largeur de la face interne.

Fréquence..... 33 fois 25mm, 16 fois 26mm, 15 fois 22mm et 27mm, 14 fois 23mm.

Extrêmes..... 16mm et 31mm.

Variétés..... 15.

Moyennes : statistique, 24mm6; extrême, 23mm5; vraie, 24mm5.

4° Genre de conformation. — 126 larynx.

Fréquence : 64 fois du 3e genre, 40 fois du 2e, 17 fois du 5 fois du 1er.

§ III. — *Comparaison de l'épiglotte dans les deux sexes.*

D'une manière générale l'épiglotte de l'homme possède en plus : 4mm de face externe, 7mm5 de longueur et 4mm5 de largeur pour la face interne. C'est un cinquième environ de différence entre les épiglottes des deux sexes dans tous les sens.

Les extrêmes dimensions de cet organe ont fourni pour la face externe chez la femme, 12 variétés millimétriques, et pour la longueur et la largeur de la face interne 11 et 16 variétés.

Chez l'homme, ces trois sortes de dimensions ont donné 17, 22 et 15 variétés.

Ainsi la largeur est la dimension qui varie le moins chez

l'homme et le plus chez la femme. Toutefois la conformation du cartilage, dans son ensemble, a plus de fixité dans le sexe faible.

L'épiglotte masculine est parfois plus longue d'un tiers que l'épiglotte féminine la plus développée. On en remarque aussi de très courtes dans les deux sexes, la face externe mesurant à peine 12 et 13^{mm}, et la face laryngée 12 et 16^{mm}.

Le larynx, et par suite la glotte étant ordinairement en rapport de développement avec leurs parties constituantes, malgré des exceptions signalées, il en résulte que les individus dont l'organe phonateur est pourvu d'une épiglotte courte, 1er genre par exemple, parlent ou chantent sur un ton aigu très caractérisé. Aussi n'est-il pas très rare de rencontrer dans la société des hommes à forme herculéenne dont le timbre de voix est si féminin, que ceux qui l'entendent en manifestent de l'étonnement.

Le 4e genre de conformation du bord de l'épiglotte (voir le 5e dans l'*Acte de la déglutition; son mécanisme;* in-8°, 1867) est formé par les épiglottes dont la face externe est la plus longue, condition qui permet à ce bord contourné et conique d'arriver presque au contact de la paroi postérieure du pharynx. Je n'ai rencontré ce genre que chez l'homme.

Le premier genre de conformation se rapporte aux épiglottes les plus courtes. Ici, le bord libre affecte la forme d'un oméga ou celle d'un fer à cheval; ils se confondent l'un avec l'autre, surtout après la mort, et leur rareté permet de les fondre en un seul genre.

Le genre de conformation dominant est le troisième chez l'homme comme chez la femme; c'est le plus favorable à l'émission de la voix.

Rappelons à ce sujet que l'épiglotte représente dans l'intérieur du porte-voix une sorte d'écran, plus ou moins incliné. Cet écran, interceptant plus ou moins aussi, le passage de l'air et des ondes sonores, joue *le rôle de sourdine.*

Le cartilage épiglottique forme au-dessus de la glotte un plan-écran qui supprime la moitié et parfois les trois quarts antérieurs du tube pharyngien, c'est-à-dire du porte-voix.

La portion libre de ce tube est située en arrière; son axe vertical est la continuation de celui de l'œsophage; de sorte que l'ouverture glottique est ordinairement placée sous l'écran protecteur de l'épiglotte.

La colonne d'air, mise en vibration par les lèvres de la glotte, rencontre, en montant, la face inférieure plus ou moins inclinée, plus ou moins longue et plus ou moins concave du fibro-cartilage épiglottique; elle est rejetée sur le pharynx, soit vers le haut, soit vers le bas, c'est-à-dire vers la bouche ou vers l'œsophage.

Dès leur origine, les ondes directes ou glottiques sont ainsi changées en ondes réfléchies ou épiglottiques. Les unes et les autres s'entremêlent, se combinent dans le porte-voix pharyngien et donnent naissance, avant leur sortie à travers la bouche, à un ensemble d'harmoniques dont le timbre est moins élevé que celui du son glottique original. En perdant une partie de son acuité, de sa stridence et de son intensité, la voix acquiert plus de douceur, plus de charme et de sympathie, qualités qui appartiennent plus particulièrement à la voix masculine.

La conformation et le développement de l'épiglotte ont une importance manifeste dans la génération des sons et le rôle modificateur de ce cartilage fait partie de celui du porte-voix pharyngo-bucco-nasal.

L'épiglotte a une importance bien plus considérable encore dans l'acte de la déglutition. Contrairement à l'opinion générale, elle arrête le bol alimentaire et lui sert de plancher pendant toute la durée de la mastication (1). Au lieu de s'abaisser et de fermer le larynx, elle reste relevée au moment du passage des aliments et des boissons. Les muscles pharyngiens et styliens aidant, elle empêche les liquides de contourner ses côtés et ne permet aux uns et aux autres qu'une seule route, celle de l'axe central du conduit pharyngo-œsophagien.

(1) M. le Dr Fiaux, dans sa thèse inaugurale, citant un passage souligné de ma brochure sur *l'Acte de la déglutition et son mécanisme*, a commis une faute grave en imprimant, par inadvertance, le mot *glotte* là où je dis *épiglotte*. (V. pages 4 et 9.)

N'insistons pas. J'ai eu l'occasion de revenir sur ce sujet et de publier une observation des plus intéressantes, tout à fait démonstrative, recueillie dans le service du professeur Dolbeau, à Beaujon. (Elle a été communiquée à la *Société Française de Laryngologie*, voir *Bulletin*, tome I, fasc. II.)

Chapitre IV.—Ventricules.

§ I. — *Chez la femme, 34 larynx.*

1° Hauteur ou profondeur de la cavité.

Elle a été d'égale dimension dans 18 larynx; à droite comme à gauche, elle avait :

4 fois 11^{mm}, 3 fois 10 et 13^{mm}, 2 fois 7 et 17^{mm}, 1 fois 6, 8, 9 et 15^{mm}.

Extrêmes prof. 6 et 17^{mm}.

Variétés..... 11^{mm}.

Moyennes : statistiques, 11^{mm}, extrême, 11^{mm}5, vraie, 11^{mm}.

L'inégalité de profondeur relevée dans les 16 autres larynx a fourni :

A droite, 4 fois 13^{mm}, 2 fois 10^{mm}, 15 et 21^{mm}, 1 fois 7, 8, 9, 11, 19 et 22^{mm};

A gauche, 3 fois 12^{mm}, 2 fois 11 et 18^{mm}, 1 fois 8, 9, 10, 14, 15 et 21^{mm}.

Extrêmes prof. A droite, 7 et 22^{mm}; à gauche, 8 et 21^{mm}.

Variétés..... 15^{mm} à droite et 13 à gauche.

Moyennes : statistique et vraie, pour les deux côtes, 13^{mm}5, et extrême 14^{mm},5.

2° Degré d'ouverture ou diamètre vertical de l'orifice.

Fréquence : sur 56 larynx, 18 fois 4^{mm}, 16 fois 5^{mm}, 13 fois 3^{mm}, 7 fois 6^{mm}, 2 fois 7^{mm}.

Extrêmes lim.. 3 et 7 ^{mm}.

Variétés..... 4^{mm}.

Moyennes : statistique et vraie, 4^{mm}, extrême 5^{mm}.

§ II. — *Chez l'homme, 78 larynx.*

1° Hauteur de la poche ventriculaire.

Elle a été de la même dimension des deux côtés sur 41 la-

rynx ; elle mesurait 7 fois 12^{mm}, 6 fois 14^{mm}, 4 fois 10^{mm}, 4 fois 13 et 16^{mm}.

Extrêmes lim.. 7 et 28^{mm}.

Variétés..... 21^{mm}.

Moyennes : statistique 13^{mm}4, extrême 17^{mm}5, vraie 14^{mm}.

L'inégalité de profondeur a été constatée à droite et à gauche dans 37 larynx. Elle a été :

Du côté droit, 5 fois de 15^{mm}, 16 et 18^{mm}, 4 fois de 13^{mm}, 3 fois de 12^{mm}.

Extrêmes lim.. 7 et 26^{mm}.

Variétés..... 19^{mm}.

Moyennes : statistique 15^{mm}5, extrême 16^{mm}5, vraie 15^{mm}5 et du côté gauche, 6 fois de 15^{mm}, 5 fois de 12^{mm}, 4 fois de 13, 14 et 17^{mm}.

Extrêmes lim.. 8 et 33^{mm}.

Variétés..... 25^{mm} à gauche.

Moyennes : statistique 15^{mm}, extrême 20^{mm}5, vraie 17^{mm}5.

2° Degré d'ouverture de l'orifice ventriculaire.

Fréquence..... 42 fois 5^{mm}, 27 fois 7^{mm}, 13 fois 4^{mm}.

Extrêmes.lim.. 3 et 9^{mm}.

Variétés..... 6^{mm}.

Moyennes : statistique 5^{mm}, extrême 6^{mm}, vraie 5^{mm}5.

§ III. — *Comparaison des ventricules dans les deux sexes.*

Il résulte des mesures précédentes que la cavité des sinus ventriculaires était uniforme à droite et à gauche sur la moitié des sujets dans les deux sexes.

La différence de hauteur entre les ventricules, chez l'homme et chez la femme, ne dépasse pas, en moyenne, 3^{mm}5. Cependant elle peut atteindre 11 et 12^{mm} en plus, pour le sexe masculin.

Dans les larynx où les profondeurs de la poche ventriculaire sont différents à droite et à gauche, leur inégalité est d'environ 1^{mm} chez la femme et 2^{mm} chez l'homme. Toutefois, les variétés de capacité ou de profondeur sont assez nombreuses. Il y en a 21 pour les deux ventricules de même hauteur dans

le larynx masculin et 11 dans le larynx féminin. Chez les sujets dont les ventricules présentent des hauteurs inégales, les variétés de profondeur sont au nombre de 15, côté droit, et de 14, côté gauche, dans le sexe féminin; de 19, côté droit, et de 25, côté gauche, dans le sexe masculin.

Le ventricule gauche est le plus variable.

La capacité ventriculaire est parfois réduite à 6 ou 7^{mm}, elle présente alors une dépression insignifiante que la tension de la lèvre vocale fait disparaître.

Le degré d'ouverture de l'orifice ventriculaire peut varier de 4^{mm} chez la femme et de 6^{mm} chez l'homme. Il se trouve dans quelques larynx réduit à 3^{mm} pour l'un comme pour l'autre sexe.

Cette étude millimétrique et comparative prouve combien est inacceptable le rôle que, par analogie, certains auteurs attribuent à cette cavité ventriculaire.

Que le singe hurleur trouve dans le développement considérable des ventricules de son larynx deux résonnateurs qui communiquent à ses cris une intensité suffisante pour les transformer en hurlements, il n'y a pas lieu de s'en étonner.

Mais quand on voit ces sinus réduits, dans l'espèce humaine, à si peu de chose, à 6 ou 7^{mm} par exemple de hauteur, et conformés d'une façon si peu régulière, il est permis de se demander comment les ondes sonores qui y pénètrent pourraient trouver là l'espace nécessaire à leur multiplication?

Comment sortiraient-elles de ce bonnet phrygien minuscule plus grandes, plus nombreuses, plus intenses, afin de transmettre ces qualités à la colonne d'air que les lèvres de la glotte mettent en vibration? Si cette influence de résonnateur était tant soit peu sensible, il y aurait lieu de craindre que la voix ne présentât des irrégularités de timbre et de ton en proportion de l'inégale capacité des deux poches ventriculaires, dans la moitié du genre humain.

Les sinus ventriculaires, dans l'espèce humaine, sont tout au plus des rudiments de résonnateurs sans influence sur le son de la voix. Ils ont, à notre avis, un autre but : celui d'isoler la face supérieure des lèvres vocales pendant leur rappro-

chement et leur tension. Leur orifice, creusé en partie aux dépens de cette face, leur permet de prendre la forme d'une anche membraneuse taillée en biseau, et le bord libre de cette anche devient tranchante proportionnellement à la tension exercée sur elle par les muscles thyréo et crico-aryténoïdiens latéraux.

Chapitre V. — Aryténoïdes.

§ I. — *Chez la femme, 58 larynx.*

Dans les mesures millimétriques qui vont suivre, j'ai considéré le cartilage aryténoïde et celui de Santorini revêtus de la muqueuse comme un seul organe.

1° Hauteur verticale :

Fréquence..... 18 fois 11^{mm}, 11 fois 10^{mm}, 10 fois 12^{mm}.
Extrêmes lim.. 6^{mm} et 18^{mm}.
Variétés..... 12^{mm}.

Moyennes : statistique, $10^{mm}7$; extrême, 11^{mm}; vraie, 11^{mm}.

2° Hauteur oblique du sommet à l'apophyse antérieure ou vocale :

Fréquence..... 12 fois 15^{mm}, 10 fois 12^{mm} et 13^{mm}, 6 fois 11^{mm} et 14^{mm}.
Extrêmes..... 9^{mm} et 19^{mm}.
Variétés..... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, $13^{mm}2$; extrême, 14^{mm}; vraie, 13^{mm}.

3° Base ou face interne :

Fréquence..... 16 fois 6^{mm}, 15 fois 5^{mm}, 10 fois 7^{mm}, 9 fois 4^{mm}.
Extrêmes..... 3^{mm} et 9^{mm}.
Variétés..... 6^{mm}.

Moyennes : statistiques, $5^{mm}5$; extrême, 6^{mm}; vraie, $5^{mm}5$.

4° Facette articulaire; diamètre :

Fréquence..... 23 fois 5^{mm}, 15 fois 4^{mm}, 8 fois 3^{mm}.
Extrêmes..... 3^{mm} et 8^{mm}.
Variétés..... 5^{mm}.

Moyennes : statistique, $4^{mm}9$; extrême, $5^{mm}5$; vraie, 5^{mm}.

§ II. — *Chez l'homme, 109 larynx.*

1° Hauteur verticale :

Fréquence..... 28 fois 13^{mm}, 25 fois 15^{mm}, 21 fois 14^{mm}, 20 fois 12^{mm}.

Extrêmes..... 6mm et 18mm.
Variétés..... 12mm.

Moyennes : statistique, 13mm2; extrême, 12mm; vraie, 15mm.

2° Hauteur oblique :

Fréquence..... 27 fois 16mm et 17mm, 21 fois 18mm, 20 fois 15mm, 13 fois 20mm.
Extrêmes..... 8mm et 22mm.
Variétés..... 14mm.

Moyennes : statistique, 16mm7; extrême, 15mm; vraie, 16mm5.

3° Face interne, 133 larynx :

Fréquence..... 30 fois 8mm, 29 fois 6mm, 27 fois 7mm, 23 fois 9mm, 9 fois 5mm.
Extrêmes..... 4mm et 12mm.
Variétés..... 8mm.

Moyennes : statistique, 7mm5; extrême, 8mm; vraie, 7mm5.

4° Facette articulaire; diamètre transverse :

Fréquence..... 48 fois 5mm, 37 fois 6mm, 13 fois 4mm, 7 fois 7mm.
Extrêmes..... 3mm et 8mm.
Variétés..... 5mm.

Moyennes : statistique, 5mm4; extrême, 5mm5; vraie, 5mm5.

§ III. — *Comparaison des aryténoïdes dans les deux sexes.*

Cette comparaison fait reconnaître que la hauteur verticale est la dimension qui offre le plus de différence (3mm5). Les écarts, 6mm et 8mm, de cette hauteur sont les mêmes dans les larynx d'homme et de femme.

Les hauteurs obliques ont entre elles une moyenne différence de 3mm5; il y a 14 variétés millimétriques pour le sexe fort et 10 seulement pour l'autre sexe.

Du côté féminin, la face interne a 2mm et 2 variétés en moins.

La différence entre les diamètres des facettes articulaires est de 1mm seulement; les extrêmes, 3mm et 8mm, démontrent qu'il existe 5 variétés chez l'homme comme chez la femme; la facette articulaire de l'aryténoïde masculin serait par conséquent plus fixe dans ses dimensions, attendu qu'elle est plus grande de 1mm que celle de l'aryténoïde féminin.

Chapitre VI. — Conclusions.

I. — *Lèvres vocales suivant les âges.*

1° Dans le sexe féminin, la partie membraneuse des lèvres vocales augmente de longueur de dix-sept à cinquante ans; elle acquiert un demi-millimètre à chacune des trois périodes de dix-sept à trente ans, de trente à quarante ans, de quarante à cinquante ans.

Elle parvient à sa plus grande dimension moyenne, $11^{mm}5$, entre quarante et soixante ans;

2° La partie cartilagineuse conserve jusqu'à cinquante ans la dimension moyenne, $5^{mm}5$, qu'elle avait à dix-huit et vingt ans. A partir de cinquante ans, elle s'accroît de 1^{mm} à $1^{mm},5$ et cet accroissement s'élève, dans certains cas, jusqu'à $4^{mm}5$.

3° La glotte possède son plus grand diamètre, $17^{mm}5$, entre cinquante et soixante ans, plus tard ce diamètre perd un demi-millimètre à un millimètre. Son plus petit diamètre correspond à la période de dix-sept à trente ans.

Un phénomène inverse se produit dans le développement des lèvres vocales pour le sexe masculin.

4° La partie membraneuse a sa plus grande longueur moyenne, 17^{mm}, entre dix-neuf et trente ans; elle perd ensuite successivement un demi-millimètre à chacune des deux périodes de trente à quarante et de quarante à cinquante ans et elle conserve sa dernière dimension, 16^{mm}, jusqu'à la fin de la vie.

5° La partie cartilagineuse acquiert, au contraire, un demi-millimètre à chacune des trois périodes de trente à quarante ans, de cinquante à soixante et de soixante à quatre-vingts ans

6° La glotte est réduite à son plus petit diamètre, $23^{mm}5$, entre quarante et cinquante ans; elle atteint son plus grand, $24^{mm}5$, dans les dernières années de la vie.

7° La plus grande différence entre les portions membraneuses pendant l'état de repos, dans les deux sexes, se présente de dix-neuf à trente ans; celle du sexe masculin,

17^{mm}, qui, à l'état normal, est d'un tiers plus grande que celle du sexe féminin, possède encore 3^{mm} de plus. Leur proportion est représentée par 10^{mm},5 : 17^{mm}.

8° La plus grande différence entre les parties cartilagineuses se remarque à la fin de la vie ; elle est de 2^{mm}5, en moyenne.

9° La plus grande différence entre les deux glottes, 7^{mm}5, se présente aux deux époques extrêmes de la vie, c'est-à-dire de dix-neuf à trente ans et de soixante à quatre-vingts, tandis que leur plus petite différence, 5^{mm}5, correspond à celle de quarante à soixante ans.

II. — *Thyréoïde.*

1° La moyenne hauteur médiane de la pomme d'Adam est de 14^{mm} dans le sexe féminin, de 17^{mm} dans le sexe masculin.

2° L'insertion antérieure des lèvres vocales se fait, chez l'un, à 7^{mm}5, et chez l'autre à 9^{mm} de l'échancrure thyréoïdienne ; elle a lieu à 6^{mm} du bord inférieur du thyréoïde chez l'un et l'autre sexe.

3° Le rapport entre la commissure antérieure de la glotte et la hauteur de l'angle rentrant de la pomme d'Adam est à peu près la même dans les deux sexes ; l'insertion des lèvres vocales correspond au tiers moyen de la hauteur et elle a lieu sur un espace de 2^{mm} chez la femme, de 4^{mm} chez l'homme.

III. — *Epiglotte.*

1° D'une manière générale l'épiglotte de l'homme est plus grande que celle de la femme d'un cinquième ; elle possède en plus 4^{mm} de face externe, 7^{mm}5 de long et 4^{mm}5 de large, pour la face interne.

2° Les variétés relatives à ces trois dimensions sont au nombre de 17, 22 et 15^{mm} dans le sexe masculin, de 12, 11 et 16 dans le sexe féminin.

3° Il existe dans les deux sexes des épiglottes très courtes ayant à peine 12 et 13^{mm} de face externe, 12, et 16^{mm} de face laryngée.

4° La voix des individus du sexe masculin à épiglotte courte est ordinairement mixte et possède un timbre élevé.

5° La largeur de la face interne est celle des trois dimensions qui varie le plus chez la femme et le moins chez l'homme.

6° Le genre de conformation du bord libre de l'épiglotte le plus fréquent est le troisième; c'est le plus favorable à la phonation.

7° L'épiglotte est la sourdine du porte-voix pharyngo-bucco-nasal.

IV. — *Ventricules.*

1° Les deux ventricules sont semblables et parfaitement symétriques chez la femme et chez l'homme, dans la moitié des cas.

Leur profondeur ou hauteur moyenne est à peine de 11^{mm} chez l'une et de 13^{mm} chez l'autre ; toutefois, leur capacité présente 11 variétés dans le sexe faible et 21 dans le sexe fort pour les deux côtés.

2° La moyenne hauteur des ventricules inégalement développés a été de 13^{mm}5 pour le larynx féminin, de 15^{mm} pour le larynx masculin ; les variétés de cette hauteur sont de 15^{mm} à droite et de 13^{mm} à gauche chez l'un, de 19 et de 25^{mm} chez l'autre.

3° Le degré d'ouverture de l'orifice des ventricules est à peine de 4^{mm}5 chez la femme et de 5^{mm}5 chez l'homme ; il peut toutefois s'élever à 7 et 9^{mm}.

4° Les nombreuses inégalités que présentent, de part et d'autre, les deux ventricules et leur minime capacité ne permettent pas de les considérer comme deux résonnateurs.

5° Le rôle physiologique des ventricules consiste à isoler la face supérieure des lèvres de la glotte; il contribue à leur transformation en anches membraneuses, pendant l'acte de la phonation.

V. — *Aryténoïdes.*

1° Les hauteurs verticales et obliques de ces cartilages mesurent 11 et 13^{mm} chez la femme, 15 et 16^{mm}5 chez l'homme.

Les variétés de ces hauteurs s'élèvent à 10 et 12 d'une part, à 12 et 14 de l'autre.

2° La face interne dont les longueurs sont de 5mm5 et de 7mm5, présente 6 variétés, dans le sexe féminin, et 8, dans le sexe masculin.

3° Le diamètre de la facette articulaire est de 4mm5 chez le premier, de 5mm5 chez le second ; ses variétés sont au nombre de 5 pour chacun d'eux. (*A suivre.*)

OBSERVATIONS CLINIQUES

par le Dr **DÉLIE** (d'Ypres).

I. — Kyste de la région sous-hyoïdienne.

Au mois d'octobre 1885, se présente à mes consultations un jeune homme de vingt-quatre ans, d'une santé robuste, mais porteur d'une tumeur au cou. Celle-ci, placée à gauche, occupe la région située entre la ligne médiane de la trachée, l'os hyoïde, le bord antérieur ant. du st. cl. mastoïdien, et l'articulation sterno-claviculaire. Cette tumeur arrondie ressemble à un œuf de dinde : elle mesure 13 centimètres dans le sens vertical et 15 dans le sens transversal; mobile dans toutes les directions, elle suit les mouvements de déglutition. A la palpation, apparaît une fluctuation fausse. La tumeur existe depuis l'enfance ; elle a pris progressivement le développement que nous lui voyons aujourd'hui. La trachée est refoulée vers la droite : la respiration et la déglutition sont entravées; il survient des accès de vertige et d'asthme. L'iode intus et extra, appliqué pendant 3 mois par le médecin traitant, n'entraîna aucun mouvement de régression. Le sujet est fort inquiet parce que la gêne respiratoire croît de jour en jour. A l'aide de l'appareil Dieu la foy, je fis une ponction exploratrice, dirigée de bas en haut et parallèlement au bord du sterno-cleïdo-mastoïdien, afin d'éviter les vaisseaux du cou. Tous les tissus offrirent une résistance assez vigoureuse à la pénétration du trocart : je fus surpris et heureux de voir s'écouler un liquide séro-albumineux, de la couleur du café. Après l'écoulement d'environ 300 grammes de liquide,

la tumeur était complètement affaissée : les parois kystiques d'une consistance semi-tendineuse atteignaient une épaisseur de 1,50 centimètres à 2 centimètres. Après un lavage antiseptique minutieux, je pratiquai l'injection de 150 grammes de teinture d'iode au 1/4, j'appliquai un bandage compressif, et recommandai au sujet de venir me revoir dès que la douleur ou le gonflement inflammatoire seraient trop prononcés.

Le garçon revint trois semaines plus tard; la réaction avait été fort modérée : le premier jour seul avait été marqué d'un mouvement fébrile. Je fis une seconde ponction, et j'injectai 35 grammes de teinture d'iode pure en prenant soin de malaxer longtemps le sac kystique. Je réservais l'incision, suivi du raclage des parois du kyste, et le pansement à l'iodoforme pour le cas où le liquide se reproduirait après l'insuffisance de l'action caustique de l'iode. La suppuration s'établit cette fois; le canal artificiel créé par le trocart servit de voie d'écoulement au liquide, et deux mois plus tard, le sujet était débarrassé de son goître suffocant.

II. — Otite externe, avec complication de phlegmon profond de la région temporale.

Mme D... a pris froid; depuis 10 jours elle souffre fort de l'oreille; le médecin diagnostique un abcès de l'organe auditif, et fait prendre à la malade des bains de vapeur locaux, alternés avec des cataplasmes; quelques jours plus tard, un écoulement purulent se déclare; le médecin affirme que la maladie est terminée, que les douleurs auront disparu; il recommande des soins de propreté, et ne fait plus signe de vie. L'affection fut rebelle, et des complications menaçant de se produire, on eut recours au spécialiste.

A ma visite, la femme se présente, la tête enveloppée dans un gros mouchoir de laine : la moitié droite de la face porte un œdème érysipélateux : l'œil est caché complètement par le gonflement des paupières; les régions mastoïdienne et temporale participent d'une façon très prononcée au gonflement et à la douleur : la bouche est fermée; les dents ne

peuvent se desserrer par suite de la douleur qui siège à l'articulation temporo-maxillaire. Le pavillon de l'oreille est, en totalité, le siège d'un érysipèle bulleux; il repose sur un coussinet de tissu conjonctif œdématié et est fort écarté de la tête; la région mastoïdienne participe aux mêmes phénomènes inflammatoires.

Il existe une céphalalgie très intense et continue, et des douleurs lancinantes des plus vives, irradiées par toute la tête; une insomnie rebelle abat et énerve la malade, le pouls est à 125, la température à 40°.

Le conduit auditif externe ne présente plus qu'une lumière de 2^{mm}, occupée par un pus crémeux et filant.

Ma première pensée fut pour un catarrhe purulent de l'oreille externe et moyenne avec complication mastoïdienne et phénomènes cérébraux dus à la participation des sinus.

L'érysipèle prononcé du pavillon, le rétrécissement considérable du conduit auditif externe, et surtout le gonflement douloureux de la région temporale firent naître des doutes et ébranlèrent mon diagnostic primitif.

L'apophyse mastoïde était douloureuse à la pression, mais le tissu placé sous cet organe était indemne de phénomènes pathologiques; rien d'anormal n'était tangible le long du sterno-cleïdo-mastoïdien. Le gonflement œdémateux de la face et la céphalalgie devaient seuls porter nos idées sur le sinus; il n'y avait ni vertige ni vomissements; l'état de la rétine nous échappait par suite du gonflement des paupières.

La région temporale était le siège de douleurs lancinantes, pulsatiles; elle personnifiait le centre d'irradiation de la douleur; n'y avait-il pas un phlegmon caché sous cet œdème?

Je m'assurai d'abord si l'oreille moyenne participait en réalité au processus phlegmoneux: le Politzer ne détermina aucun bruit de perforation; le cathétérisme pratiqué pendant que le sujet tenait l'otocospe appliqué contre l'orifice auditif externe, nous donna, par l'absence de tout bruit anormal, la certitude que le tympan était intact et que le pus provenait uniquement de l'oreille externe.

Nous avions donc affaire à une otite externe érysipélateuse

avec soupçon de complication de la région temporale. Je prescrivis du bismuth avec de la lycopode pour saupoudrer le pavillon; des irrigations continues d'eau tiède au sublimé (1/2000) pour le conduit auditif externe pendant le jour, et des instillations de glycérolé de cocaïne au 1/20e pour la nuit.

Pendant huit jours, l'amendement des symptômes fut progressif : l'écoulement de pus tarit; la douleur disparut; le sommeil releva le moral de la patiente; la région mastoïdienne et la face se dépouillèrent de leur gonflement œdémateux : la tuméfaction au-dessus de l'arcade zygomatique persista seule. Le 9me jour léger accès fébrile, paupières gauches sont œdématiées ; le 10me jour le gonflement de la face est revenu en totalité : la fièvre a repris 39°; la région temporale est le siège d'une douleur pulsatile très prononcée : une fausse fluctuation est tangible dans la profondeur du tissu. La dame repousse l'incision et se prononce pour l'application de 4 sangsues loco dolenti. Une amélioration se manifesta pendant 6 jours; elle fit place à une reprise des phénomènes morbides antérieurs : l'œdème devint plus violent que jamais, la région sus-hyoïdienne droite fut envahie, l'insommie était rebelle : j'imposai l'ouverture avec la conviction que j'avais affaire à un phlegmon profond de la région temporale : je pratiquai l'incision dans l'angle formé par l'arcade zygomatique et le pavillon de l'oreille : le pus se montra à une profondeur de 2 centimètres ; il s'en écoula une trentaine de grammes. L'amélioration fut dès lors rapide et franche ; le trajet de l'incision fut entretenu fistuleux pendant une dizaine de jours; il n'arrivait plus qu'un liquide huileux. J'abandonnai la fermeture à la nature et celle-ci acheva la guérison en trois jours.

III. — CALCUL DE L'AMYGDALE.

Depuis deux ans, la demoiselle Marie V..., âgée de onze ans, souffre de la gorge ; il existe constamment de la douleur à la déglutition : des poussées inflammatoires aiguës réveillent et renforcent les symptômes d'une manière intermittente : elle a déjà fait une dizaine d'amygdalites. Elle vient me trouver le 7 septembre 1885, se plaignant de douleurs très vives dans

la gorge, irradiées dans l'oreille droite et exaspérées par le moindre mouvement de déglutition. Tout l'isthme est le siège d'une inflammation prononcée, la luette est œdématiée : l'amygdale droite est fort hypertrophiée. Pour soulager l'enfant, j'essaye de pratiquer quelques scarifications sur l'amygdale enflammée. Le couteau crie à l'incision et tombe sur un corps dur. Ayant arrêté l'écoulement de sang par l'eau chloroformisée, je pus me convaincre au moyen d'une sonde de l'existence d'un corps dur dans l'amygdale qui nous occupait.

Au moyen d'une curette, j'essaie de déloger le corps étranger : je ne parvins qu'à détacher des minimes parties. Remarquant que le corps venait faire saillie pendant les mouvements de vomiturition, j'introduisis l'index droit dans la gorge ; et pendant la nausée, je fis sauter le corps de sa capsule amygdalienne. L'enfant cracha un véritable noyau d'amande, de consistance calcaire, mesurant 4 centimètres dans sa circonférence verticale et 3 dans la circonférence horizontale.

Depuis cette époque, la fille n'a plus de crises inflammmatoires.

IV. — COMEDONS DE L'OREILLE.

Le petit L..., âgé de dix ans, demande à être débarrassé d'une difformité qui occupe les pavillons des oreilles.

Sur le bord libre et la surface externe de la conque sont disséminés en grand nombre des petits corps étrangers, d'aspect, de volume et de consistance variables : les uns ressemblent à des points noirs; véritables poils de brosse enfoncés dans la peau; ils sautent de leur capsule par la pression entre deux doigts, et affectent la forme des petits vers que l'on observe dans l'acné ponctuée. Les autres, beaucoup plus nombreux, font saillie au-dessus de la peau : leur extrémité est rugueuse d'un aspect jaune sale noirâtre ; enlevés à la pointe d'un petit couteau, ils ressemblent singulièrement à des œufs de fourmi. Leur partie externe est résistante et forme pour ainsi dire un sac épidermique renfermant de la matière sébacée, plus ou moins concrétée; les troisièmes représentent de véritables

kystes jaunâtres, de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à un petit pois : ce sont de véritables petits lipômes qui, à l'incision, donnent une matière graisseuse renfermée dans un sac membraneux.

Pour débarrasser le sujet de son infirmité, il a fallu en plusieurs séances, enlever les deux premières espèces de corps étrangers et cautériser le sac avec l'alcool saturé d'acide salycilique : les petits kystes après incision ont eu leurs parois détruites par une fine pointe galvanocaustique.

V. — SURDITÉ ET LOGOPLÉGIE PAR SUITE D'UN COUP SUR LA RÉGION OCCIPITALE.

Jules X..., âgé de treize ans, est né d'une mère phymique : il est atteint d'incontinence nocturne d'urine. Un jour, pendant le jeu, une dispute surgit entre le sujet et le fils du voisin, bataille en règle pendant laquelle survint le père du camarade qui applique sur l'occipital de Jules un vigoureux coup de bâton. Le gamin, légèrement étourdi, recouvre ses sens au bout de deux minutes et court jusque chez lui. Il ne prononça plus un seul mot et était complètement sourd.

Je fus appelé le lendemain de l'accident. Le garçon n'éprouvait aucun malaise ; vers la région occipitale se montre une légère tuméfaction avec sensibilité douloureuse, exaspérée au toucher. La céphalalgie est nulle; la vision est des plus nettes; aucun vertige ne se manifeste; nulle envie de vomir; aucun bourdonnement. Toutes les fonctions organiques s'accomplissent à merveille : l'intelligence est intègre; la mémoire est conservée; la lecture mentale n'est pas altérée : le sujet répond par écrit ou par signe à toutes les questions que l'on écrit. Il calcule sans hésiter; les mouvements de la langue sont intacts, mais il y a impossibilité de parler ou de lire à haute voix : l'idéation cérébrale est bonne, l'appareil d'exécution fonctionne régulièrement : il doit exister un défaut dans l'appareil de transmission vers la partie supérieure de la moelle allongée : la logoplégie est manifeste.

L'examen minutieux de l'organe de l'audition amène les conclusions suivantes :

Le marteau de Politzer, la montre, le diapason ne sont perçus ni à l'air, ni aux os, ni par le tube, ni par les dents : il y a abolition complète de perception sonore, quelque intense ou de quelque nature qu'elle soit.

Le larynx est physiologique : tous les mouvements sont conservés : le sujet peut jeter des cris.

Soupçonnant une simulation, je recommandai au père de se rendre près de l'enfant, pendant le sommeil, dans une chambre obscure, et de faire le plus de tapage possible afin de le réveiller et de l'effrayer. S'il feint, il entendra, se réveillera en sursaut et appellera au secours.

Les expériences répétées furent toujours négatives : il fallait se rendre à l'évidence.

La surdité pouvait s'expliquer par lésion centrale ou acoustique ou bien par lésion de l'oreille interne.

La lésion centrale pouvait siéger dans les fibres d'origine du nerf (protubérance annulaire) : alors nous aurions eu une lésion, commotion, déchirure ou compression des cellules d'origine des deux nerfs acoustiques et de la substance nerveuse qui transmettait les idées à l'appareil moteur de la langue.

Une lésion pareille, aussi circonscrite, suite d'un coup violent sur l'occiput, s'admettait difficilement. Je m'explique avec peine la logoplégie.

La cause morbide pouvait atteindre les deux nerfs acoustiques dans le trajet depuis leur sortie de la moelle allongée jusqu'à l'oreille interne. L'absence complète du moindre symptôme concomitant du côté de la tête et des nerfs, me fit rejeter cette supposition.

Il reste l'oreille interne.

L'ébranlement ou l'irritation des canaux demi-circulaires doit être écarté, puisque ces causes morbides entraînent infailliblement la rupture de l'équilibre.

L'apoplexie des canaux peut être admise, puisque la destruction de ces organes n'entraîne pas la perte de l'équi-

libre pourvu que l'organe central, le cervelet, soit intact.

Cette apoplexie ne crée pas la surdité. Il devait, dans cette supposition, exister encore une lésion morbide localisée dans le limaçon : une commotion, un ébranlement du liquide avec ou sans rupture ou déversement par l'aqueduc du limaçon.

Je devais produire un certificat en justice : j'étais fort embarrassé pour le pronostic.

S'il y avait apoplexie ou destruction par déchirure des centres nerveux ou du nerf acoustique, le cas est incurable : s'il y a commotion simple, la guérison se produira. Je formulai le certificat dans ce sens, en demandant trois mois pour asseoir le diagnostic et le pronostic.

Huit jours plus tard, l'amélioration se prononça pour l'ouïe; la parole ne vint pas. L'acuité auditive gagna graduellement du terrain, quand deux mois après l'accident, le gamin tomba dans l'eau du canal : sauvé par des passants, il arrive chez lui et parle ; trois jours après l'ouïe est revenue également. La guérison est aussi complète qu'inopinée et pour ainsi dire surnaturelle.

BIBLIOGRAPHIE

Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche

par le Dr A. Castex.

L'auteur base son étude sur un total de trente-cinq observations dont onze personnelles. Les néoplasmes malins développés dans les environs de l'isthme du gosier, ont parfois un début insidieux, et le chirurgien n'est appelé à donner son avis que fort tard, alors que le cas est grave sinon inopérable. Mais pour déclarer inopérable un malade atteint de tumeur de l'arrière-gorge, il ne faut pas se contenter d'un examen sommaire, il faut avoir fait un diagnostic précis du siège, des limites du néoplasme et de l'engorgement ganglionnaire.

Le siège le plus fréquent des cancers de l'arrière-bouche

est l'amygdale, viennent ensuite le pilier antérieur et le voile du palais. L'épithéliome est la forme la plus commune, on a observé des encéphaloïdes et des sarcomes de cette région. Billroth a opéré un sarcome pédiculé de la paroi postérieure du pharynx.

La maladie peut attirer l'attention du malade de trois manières différentes. Au début, en effet, elle lui fait éprouver, soit une sensation de gêne et de douleur coïncidant avec le deuxième temps de la déglutition, soit par la douleur d'oreille qui présente des caractères variables, ou enfin par le gonflement ganglionnaire dont le siège le plus fréquent est à l'angle de la mâchoire. D'où trois modes de début qu'on pourrait appeler pharyngien, auriculaire, ganglionnaire.

La période de début une fois passée, la douleur est le principal des symptômes subjectifs. Les malades se plaignent surtout de vives douleurs d'oreille. Les douleurs à la déglutition existent aussi assez souvent parfois, mais rarement des névralgies dentaires. Les altérations de la voix n'ont qu'une importance secondaire : elles varient suivant le volume et le siège de la tumeur. La surdité existe rarement (une fois sur trente-cinq cas). La sialorrhée est un symptôme souvent des plus gênants. Les hémorragies sont peu fréquentes, L'haleine est rarement fétide.

L'examen de l'arrière-bouche révèle la nature et le siège de la tumeur, mais il offre parfois de grandes difficultés, et l'on est obligé de s'en tenir alors aux renseignements fournis par le toucher pharyngien. Ce mode d'exploration, dit l'auteur, sert principalement pour la comparaison des deux côtés de l'arrière bouche, ou pour fournir certains détails complémentaires. Les symptômes généraux sont ordinairement tardifs.

La marche, la durée et la terminaison ne diffèrent pas de celles des néoplasmes malins des autres régions ; les caractères particuliers qu'elles présentent viennent tous de la situation de la tumeur et non de la tumeur elle-même.

L'auteur établit le diagnostic différentiel avec la syphilis

à ses diverses périodes (chancre de l'amygdale, ulcération syphilitique), la tuberculose, les scrofulides, le lupus, etc., et après quelques lignes consacrées au diagnostic pour passer à l'étude du traitement chirurgical, il en étudie les indications et les contre-indications, après avoir décrit les opérations préliminaires que le chirurgien est obligé de pratiquer avant de s'attaquer à la tumeur elle-même (trachéotomie, ligatures, incisions, résections osseuses).

M. Castex étudie les opérations fondamentales ayant pour but la destruction du néoplasme. Tous les moyens d'exérèse ont été mis à contribution : l'écraseur linéaire, le thermocautère, l'anse galvanique et l'instrument tranchant. C'est à ces deux derniers que l'on doit donner la préférence. L'emploi du bistouri a cet avantage, qu'on peut se rendre mieux compte de l'état des parties après l'ablation. Deux voies s'offrent à l'action chirurgicale : la voie orale et la voie artificielle; dans cette dernière méthode, les procédés varient, l'auteur les décrit longuement.

Les documents ne sont pas assez nombreux pour que l'on puisse se prononcer sur les résultats définitifs de l'opération. La terminaison fatale qui survient assez souvent peut être due à la récidive ou à des complications (pneumonie, phlegmons rétro-pharyngiens, hémorragie, etc.)

En somme, les chances de guérison sont d'autant plus grandes que l'on a opéré de meilleure heure.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, voici d'ailleurs les conclusions de M. Castex :

1° Quand le néoplasme est circonscrit sans retentissement ganglionnaire, on doit opérer;

2° Quand le néoplasme, plus étendu, s'accompagne d'adénopathie secondaire, si cette tumeur est circonscrite et mobile, on peut opérer, car l'intervention est plutôt utile que nuisible;

3° Quand l'envahissement est plus vaste, l'intervention est licite par exception, s'il existe des indications particulières (douleurs intolérables, intentions de suicide, etc.,), mais elle n'est alors que palliative.

L'intervention chirurgicale procède ici par opérations préliminaires et fondamentales.

Elle a recours aux voies naturelles et artificielles. Il est important de disposer, au moment de la réunion, une ouverture de décharge au dehors.

D'une façon générale si l'opération est précoce et complète, elle procure un temps de survie satisfaisant (Extrait de la *Revue de chirurgie*, janvier et février 1886).

Dr J. Charazac.

De l'ozène et des rhinites fétides,

Par le Dr A. de Campos Salles.

Dans un historique fort intéressant, l'auteur rend compte des différentes phases par lesquelles est passée la question de l'ozène et classe les diverses opinions émises à son sujet. — Pour les auteurs de la première période : « Point d'ozène sans ulcérations » a toute l'importance d'un axiome. C'était là l'opinion d'A. Paré; elle est restée maîtresse dans la science jusqu'à ces vingt dernières années. — Avec Sauvages naît une seconde période dans laquelle on met en doute la nature toujours ulcéreuse de l'ozène. Enfin nous voyons la question de l'ozène entrer dans une voie véritablement scientifique avec la découverte de la rhinoscopie soit antérieure, soit postérieure; c'est de là qu'on peut faire partir la troisième et dernière période, celle qui règne aujourd'hui dans le science et qui reconnaît : un ozène vrai, sans lésions, et des ozènes symptomatiques d'autres lésions que, pour plus de clarté, on qualifie du nom de rhinites fétides. M. de Campos Salles signale aussi les raisons qu'on a données de la putréfaction des mucosités et le rôle qu'on veut actuellement faire jouer aux microbes dans sa production.

Dans la première partie de son travail, l'auteur donne la description de l'ozène vrai, connu encore sous les noms de maladie de Zaufal, rhinite atrophique. Il montre comment Zaufal en a le premier expliqué la genèse d'une façon très ingénieuse, au moyen de sa théorie.

A côté de l'opinion de Zaufal, il faut citer celle des auteurs

qui, tout en partageant ses vues relativement à l'ozène vrai, à la dilatation du nez, à l'atrophie du cornet inférieur et de la muqueuse expliquent différemment la genèse de ces troubles. Ces derniers, en effet, admettent un premier stade de rhinite hypertrophique à laquelle succéderait la rhinite atrophique. C'est là l'idée à laquelle se rattachent Gottstein, Schœffer et Moure. C'est à l'opinion de Zaufal, en faveur de laquelle il croit apporter des arguments suffisants, que se rallie l'auteur.

Affection congénitale, l'ozène serait aussi héréditaire. Les déformations du nez qui l'accompagnent sont bilatérales, très rarement unilatérales.

Lent et insidieux à son début, l'ozène n'attire guère l'attention des parents qu'à l'époque où apparaît la fétidité persistante qui s'exhale du nez. L'ozéneux présente un type de figure tout particulier dont l'auteur fait le portrait. — Deux symptômes fonctionnels, caractéristiques, sont : la gêne de la respiration nasale et la puanteur de l'air expiré. Il est à remarquer que frappé d'anosmie, le malade ne perçoit nullement cette puanteur. — Les symptômes physiques se peuvent aisément constater par la rhinoscopie. On aperçoit des croûtes remplissant les fosses nasales et en rétrécissant la cavité ; après enlèvement de ces croûtes, on se trouve alors en présence d'un véritable antre et rien n'est plus facile à reconnaître que les désordres dont les fosses nasales sont le siège.

M. Campos se demande avec différents auteurs, si l'ozène vrai est susceptible de guérison et il n'ose pas conclure. Dans son manuel, M. Moure au contraire admet que l'ozène *vrai* est une affection généralement curable.

Ce n'est qu'en passant que l'auteur signale une variété d'ozène vrai, sans lésions, qui serait dû à une altération propre à la sécrétion.

L'étude des rhinites fétides — ozènes symptomatiques, pseudo-ozènes — fait l'objet de la seconde partie de la thèse de M. Campos. La fétidité qui ne constitue qu'un symptôme surajouté des rhinites chroniques, est envisagée par lui, dans :

1° la rhinite chronique simple; 2° la rhinite scrofuleuse; 3° la rhinite syphilitique; 4° la rhinite arthritique et herpétique.

Rhinite chronique simple. — Ses causes sont : 1° le tabac à priser, la fumée de tabac; 2° l'étroitesse congénitale des cavités nasales; 3° la récidive fréquente des coryzas aigus; 4° les corps étrangers dans les cas de rhinites simples unilatérales. — Comme symptômes, on rencontre au point de vue fonctionnel : enchiffrénement, nasonnement, ronflement pendant le sommeil; on observe en plus de l'augmentation de la sécrétion nasale, de l'anosmie, enfin dans certains cas et sans cause apparente survient de la fétidité.

Les signes physiques de la première période, sont : une injection plus ou moins considérable de la muqueuse avec production de mucus. A la seconde période, hypertrophie et anesthésie de la muqueuse du cornet inférieur. Assez longue, cette rhinite disparaît sous l'influence d'un traitement approprié.

Rhinite chronique scrofuleuse. — Manifestation fréquente de la scrofule, elle se différencierait, d'après les auteurs français, de la rhinite chronique simple par ses conséquences et sa terminaison. Les caractères distinctifs seraient : l'impétigo des narines et les ulcérations de la muqueuse hypertrophiée spéciaux à la rhinite scrofuleuse. Ce sont ces ulcérations qui peuvent amener des perforations de la cloison et qui toujours s'accompagnent d'ozène. A côté de la rhinite scrofuleuse, se peut ranger la *rhinite tuberculeuse* dont on admet trois variétés : Première variété, tuberculose miliaire se rencontrant surtout chez les enfants; deuxième variété, tuberculose formée de tubercules peu nombreux, isolés; troisième variété, pas d'hypertrophie de la muqueuse comme dans les deux variétés précédentes; petites ulcérations consécutives à des granulations ulcérées.

Rhinite chronique syphilitique. — Elle doit être distinguée chez l'adulte et chez l'enfant. Chez le premier, elle présente deux stades : 1° Hypertrophie de la muqueuse nasale; 2° ulcérations à caractères spéciaux, suivies de perforations et très fréquemment accompagnées de fétidité. La rhinite syphiliti-

que peut, chez l'enfant, ne pas dépasser la période hypertrophique; les cas d'ulcérations seraient même assez rares. Elle présente un danger sérieux à cause de la difficulté de l'allaitement. Souvent aussi, elle est accompagnée de fétidité. Dans les ostéites syphilitiques naso-craniennes et naso-faciales, dues à des gommes venant s'ouvrir à l'intérieur des fosses nasales, on rencontre encore une horrible fétidité qui ne tarde pas à s'accompagner de l'élimination des séquestres.

Rhinites chroniques arthritiques et herpétiques. — Identité presque absolue des symptômes avec la rhinite chronique simple. Fétidité extrêmement rare.

Ici, M. Campos, passant à l'étude du traitement, le divise en deux parties : 1° Traitement de l'ozène vrai ; 2° traitement des rhinites fétides.

L'ozène vrai sera traité en enlevant d'abord les croûtes au moyen du lavage des fosses nasales; on s'opposera à leur reproduction en faisant usage d'antiseptiques ou bien en s'adressant à la cause primordiale, c'est-à-dire en diminuant au moyen de tampons la cavité nasale ou bien en combattant directement l'ozène. Même conduite à l'égard des rhinites fétides.

Enfin, après avoir cité un cas de rhinite chronique (fétide ou non) symptomatique d'une affection dentaire, l'auteur termine sa thèse en relatant quatre observations où on a vu la fétidité disparaître pour ne plus revenir. (Thèse, Paris, 1886.) M. Natier.

De la perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement,

par le Dr Léon Polo.

Dans un premier paragraphe, l'auteur traite de l'étiologie des perforations du tympan. Elles peuvent être *congénitales*, *traumatiques*, *pathologiques* ou *chirurgicales*. De suite il élimine ces dernières dont l'étude n'est qu'un chapitre du traitement des otites moyennes.

I. *Perforation congénitale.* — Fort rare, n'existant même pas pour certains auteurs. Très difficile à diagnostiquer.

Consécutive pour les uns à un arrêt de développement, et pour d'autres à une inflammation de l'oreille survenue pendant la vie intra-utérine.

II. *Perforations traumatiques.* — Elles sont dues à deux sortes de causes : 1° causes agissant directement sur le tympan (crayons, porte-plumes, etc.) ; 2° causes agissant indirectement sur sa face externe et interne (insufflation d'air, toux, éternuement, soufflet, coup de canon). A côté de ces causes on peut citer celles qui amènent une rupture d'équilibre entre l'air extérieur et celui de la trompe.

III. *Perforations pathologiques.* — Elles résultent d'une inflammation ayant débuté soit dans le tympan lui-même, soit dans l'oreille externe ou l'oreille moyenne.

Les traumatismes n'amènent ordinairement qu'une simple solution de continuité de la membrane tympanique. Les perforations pathologiques sont ordinairement précédées d'un travail ulcératif circonscrit intéressant plus la couche muqueuse et la couche cutanée que la substance propre. Les cas sont rares où ne reste pas encore la partie périphérique conservée sous forme d'une bande libre falciforme (Politzer). Souvent on rencontre des *granulations*, des *villosités* ou des *polypes* résultant de la prolifération de la couche muqueuse ou cutanée. La perforation peut se fermer au moyen d'un tissu fibreux de nouvelle formation et il n'est pas rare de voir se produire des cicatrices vicieuses.

Les perforations traumatiques s'accompagnent de douleur ou de sensation de bruit très désagréable. L'écoulement de sang est constant. Vertiges, vomissements sont des signes de cette lésion. Dans les perforations pathologiques, la cessation de la tension douloureuse produit un soulagement immédiat.

La perforation peut être complète sans qu'il reste trace du tympan. Les perforations partielles se font surtout vers le centre, peut-être les trouverait-on plus fréquentes dans le segment antéro-supérieur. La forme et les dimensions de la perforation sont des plus variables. En général uniques, les perforations peuvent cependant se rencontrer au nombre de

deux et même trois sur le même tympan. Le tympan n'éprouve guère de modifications dans la perforation traumatique; il est rouge, jaunâtre, épaissi dans les perforations pathologiques, et dans ces cas le manche du marteau peut être complètement invisible. La muqueuse de la caisse peut apparaître d'un rouge jaune ou écarlate. Tous ces caractères s'accentuent après la suppuration; avec une large perforation et un conduit auditif suffisamment ouvert, il est possible d'apercevoir presque tous les organes contenus dans l'oreille moyenne.

Comme symptômes subjectifs on rencontre des bourdonnements continus ou intermittents affectant toutes les formes. Des altérations de l'audition, caractérisées par une surdité plus ou moins grande, sont aussi très fréquentes. Contrairement à l'opinion de Bonafond, l'auteur croit pouvoir conclure des expériences entreprises par lui dans ce sens, que les sons musicaux sont, chez les malades atteints de perforation, perçus dans le même ordre que chez les personnes saines. Il ne serait pas non plus vrai que les voyelles fussent, dans ces cas, mieux entendues que les consonnes. La voix, procédé assez infidèle, est aussi moins bien perçue; même chose pour les vibrations du diapason. Celles-ci seraient mieux perçues, le diapason étant en contact avec le crâne, par l'oreille malade, lorsque la perforation est accompagnée d'exsudat. Diminution de l'acuité auditive par le procédé de la montre. Enfin, on peut encore trouver un trouble de l'accommodation.

Tandis que les perforations dues à un traumatisme se terminent très rapidement, chez les tuberculeux, au contraire, la lésion dure autant que la vie. La perforation subsiste tant que dure la suppuration; si elle se ferme, une nouvelle perforation se reproduit. La terminaison peut se faire : 1° par agrandissement; 2° par état stationnaire; 3° par rétablissement de la membrane.

Les difficultés de diagnostic sont dues : au resserrement ou à l'obliquité anormale du conduit auditif; — à l'obstruction par des corps étrangers de ce conduit; — à l'étroitesse de la perforation. Dans ce dernier cas, le battement de la

goutte de liquide qui recouvre presque toujours l'orifice, sera utilement constaté. L'existence de bulles d'air sur la membrane est un bon signe. On aura la certitude d'une perforation, quand l'air provenant de la trompe sortira à travers le tympan. Les végétations polypeuses ou autres pourront embarrasser le diagnostic; même incertitude avec une membrane affaissée et anormalement transparente.

Bénignes en général, les perforations traumatiques peuvent être aggravées par une lésion concomitante du labyrinthe, par un état lymphatique ou scrofuleux. Les perforations du tympan, accompagnées de suppuration, survenant en dehors de toute maladie aiguë chez des enfants 10 à 15 ans seraient assez souvent des signes avant-coureurs de la tuberculose. La perforation, suite d'otite purulente, n'entraîne pas fatalement la surdité. L'audition peut n'être que légèrement compromise par suite de l'absence de tympan; il n'en est plus de même lorsqu'il y a en ouverture de la caisse, et lésion des organes qui y sont contenus.

Comme traitement, la première indication consiste à supprimer la cause de la perforation. Il faudra donc enlever les corps étrangers, traiter l'état général. La perforation traumatique n'exige que le repos de l'individu et de l'organe. Aux perforations pathologiques, ont été opposés deux sortes de traitement : 1° Traitement curatif consistant à ménager la formation d'une cicatrice qui rétablisse l'intégrité de la membrane; 2° Traitement palliatif consistant à appliquer un tympan artificiel. Relativement aux tympans artificiels, M. Polo fait l'énumération des principaux auteurs, qui, depuis Marcus Banzer en 1640, jusqu'à nos jours, ont eu l'idée de remédier à la perforation, au moyen d'un appareil appliqué sur le tympan. Il cite en même temps les contre-indications à l'application de ce procédé et les range sous cinq chefs. Il joint à cela les explications fournies par les divers otologistes sur l'action du tympan artificiel. Il termine enfin ce qui a trait au traitement par des considérations sur une opération dite *myringoplastie*. Inventée en 1872, par Berthold qui commença par greffer sur le tympan, de la

peau prise sur le bras, cette opération a été depuis modifiée par son auteur. Il se sert aujourd'hui, comme greffe, d'un morceau de membrane testacée (pellicule située en dedans de la coquille de l'œuf) et il prétend en avoir obtenu les meilleurs résultats. Sans être aussi enthousiaste que le médecin de Kœnisberg, le Dr Polo, qui a expérimenté le procédé avec le concours et dans la clinique du Dr Miot, croit cependant à son efficacité, d'après les résultats qu'ils auraient obtenu.

L'auteur termine sa thèse en rapportant douze observations, dont sept de myringoplastie, personnelles, avec quatre cas d'amélioration et trois insuccès (Thèse Paris, 1886, n° 281). M. Natier.

Des diverses variétés du rétrécissement de l'œsophage,

Par le Dr Gustave Barral, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

L'auteur signale dans l'historique, la confusion qui a existé au début dans l'étude des lésions œsophagiennes englobées sous le nom de *dysphagies*. Il faut arriver jusqu'au siècle dernier pour voir ces lésions étudiées en tant qu'espèces morbides. C'est avec Mondière (1831) que commence véritablement l'histoire des rétrécissements de l'œsophage et ce sont ses travaux dont se sont inspirés tous les auteurs qui après lui, ont écrit sur la question.

Le premier chapitre est consacré à l'étude des rétrécissements organiques, qui comprennent : 1° les rétrécissements cancéreux; 2° les rétrécissements tuberculeux; 3° les rétrécissements syphilitiques; 4° les rétrécissements primitifs; 5° les rétrécissements organiques rares; 6° les rétrécissements cicatriciels.

Rétrécissements cancéreux. — Prédominent dans le sexe masculin, chez les individus âgés de 55 à 60 ans. Affection héréditaire, pouvant aussi être engendrée par des excès, des abus de boisson, de tabac, le rhumatisme débute par la perte de l'appétit, de la gêne de la déglutition. Sensation douloureuse derrière le sternum. Suit une étude des symptômes

fonctionnels. Ici, l'auteur publie cinq observations dont une personnelle où l'on trouve énumérés la plupart des symptômes qu'il vient de signaler.

Rétrécissements tuberculeux. — Difficiles à distinguer des rétrécissements cancéreux s'accompagnant de tuberculose pulmonaire. Ils se montreraient plutôt chez des individus âgés de 35 à 45 ans. Leur siège serait assez fréquent à l'extrémité inférieure de l'œsophage. Durée difficile à préciser; la teinte jaune paille serait peut-être ici un peu moins fréquente que dans la variété précédente. M. Barral donne une observation personnelle où seul l'examen histologique a pu trancher la question de rétrécissement tuberculeux. Et comme la nature tuberculeuse des rétrécissements a été mise en doute depuis les travaux de Behier, il donne encore le résumé de trois observations où elle semble surabondamment démontrée.

Rétrécissements syphilitiques. — Niés en France, par la plupart des auteurs jusqu'à cette époque, ils sembleraient pourtant avoir été manifestes dans des cas où on les a vus disparaître sous l'influence d'un traitement approprié. Du reste nous voyons aujourd'hui le professeur Fournier, Lancereaux et Cornil les admettre.

Rétrécissements primitifs. — Se produisent dans les ulcérations de l'œsophage consécutives pour Debove, à l'alcoolisme et non à l'action du suc gastrique. L'auteur donne ici une observation de rétrécissement suite d'alcoolisme.

Rétrécissements organiques rares. — Consécutifs à une dégénérescence fibreuse ou cartilagineuse des parois œsophagiennes, aux varices et aux abcès de ces mêmes parois. Une observation personnelle de rétrécissement avec abcès, suivi de mort. A signaler dans le même ordre, les rétrécissements consécutifs à une hypertrophie de la tunique musculaire.

Rétrécissements cicatriciels. — La cause en est généralement connue par les commémoratifs. Ils comportent deux temps : le premier d'inflammation aiguë, le second de rétrécissement. Le siège se trouve au niveau des orifices : il est double ou multiple. Indolence complète. Pas d'altérations de

voisinage. Hoquet peu fréquent. Hémorragies et fétidité de l'haleine rares. Durée assez longue.

Dans le deuxième chapitre sont étudiés les rétrécissements spasmodiques que l'auteur divise en :

1° Rétrécissement idiopathiques; 2° Rétrécissement symptomatiques; 3° Rétrécissemenst sympathiques.

Rétrécissements idiopathiques. — Remarquables par leur apparition brusque, les accidents auxquels ils donnent lieu, leurs intermittences. Il y a parfois un choix des aliments (chauds, tièdes ou froids, solides ou liquides) : La sonde peut même passer où les liquides ont été rejetés. Durée très variable. En général, il existe du spasme surtout fréquent à l'âge moyen de la vie. Se rencontre dans le sexe féminin, est lié aux états névropathiques.

Rétrécissements symptomatiques. — Ici le spasme est subordonné à la cause qui le fait naître : brûlures, alcoolisme, affections cérébrales, empoisonnements, médicaments.

Rétrécissements sympathiques. — Liés aux affections de l'estomac, de l'intestin, de l'utérus, de l'ovaire, du foie, du pancréas, etc.

Le troisième chapitre comprend l'étude des rétrécissements congénitaux, malformation accompagnant le plus souvent la dilatation congénitale et les diverticules de l'estomac. Siège de l'affection variable. La dysphagie peut permettre l'existence, mais par suite du choix que fait l'enfant de ses aliments, le rétrécissement va toujours en s'accentuant et finalement amène la mort.

Dans le quatrième chapitre consacré au traitement M. Barral donne les indications nécessaires pour pratiquer prudemment le cathétérisme. En face de rétrécissements cancéreux on veillera d'abord à alimenter le malade au moyen d'une sonde et pour ce qui est du cancer lui-même, on essaiera de calmer la douleur; on pourrait même faire des tentatives avec de l'acide lactique (Mosetig-Moorhof) pour dissoudre les tissus de nouvelle formation. Si le rétrécissement devient infranchissable on ne devra guère compter sur la gastrotomie qui, d'après Lagrange, ne donnerait que des résultats déplorables.

Dans les rétrécissements cicatriciels, on a abandonné le traitement par la cautérisation; mieux vaut la dilatation qui peut être brusque, forcée, ou permanente et progressive. A ces deux méthodes assez infidèles, on doit encore préférer la dilatation temporaire et progressive. On a aussi préconisé l'électrolyse. L'œsophagotomie interne peut se pratiquer en divisant d'avant en arrière la paroie œsophagienne ou inversement d'arrière en avant. L'œsophagotomie pourra être pratiquée au-dessous du rétrécissement (palliative) ou bien à son niveau ou au-dessus (curatrice). Enfin, en dernier lieu, mais à condition qu'on opère de bonne heure, on pourra s'adresser à la gastrotomie.

Le rétrécissement spasmodique est justiciable des agents médicaux, il est pourtant bon de dire qu'ici encore la dilatation fournit les meilleurs résultats.

Les rétrécissements syphilitiques seront traités par les spécifiques. On se conduira à l'égard des rétrécissements primitifs et alcooliques comme pour les rétrécissements cicatriciels. Dans les rétrécissements tuberculeux, calmer la douleur et pratiquer le cathétérisme.

La Thèse de M. Barral se termine par trois pages de bibliographie (Thèse de Paris, 1886, n° 270.)

M. Natier.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL.

Chondrome parotidien, faisant saillie dans le pharynx. Extirpation par la bouche, par le Dr Périer.

M. Périer rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui fut atteint de mal de gorge le 20 octobre 1880. L'amygdale augmenta de volume, fut sectionnée ; hémorragie assez abondante. Quatre ans et demi après, la tumeur a envahi le pharynx. La déglutition et la respiration sont gênées. Le néoplasme est peu mobile. Sur les côtés, elle gagne l'arrière-cavité des fosses nasales et l'orifice supérieur

du larynx. La muqueuse palatine est mobile sur la tumeur. P... propose l'opération par la bouche. Pour éviter l'entrée du sang dans la trachée, il chloroforme le malade la tête en bas (méthode de Rose) et pour prévenir l'hémorragie, il emploie le galvano-cautère.

Après une incision, l'auteur pénétra dans le néoplasme qui fut d'abord énucléé facilement, la tumeur résistant au niveau de l'apophyse ptérygoïde fut évidée et rétractée facilement. La plaie fut lavée avec une solution de chloral, il n'y eut aucun accident consécutif.

M. Polaillon demande sur quoi M. Périer se basait pour admettre une tumeur parotidienne.

MM. Périer et Berger disent parce qu'elle venait de la fosse zigomatique (*Soc. de Chirurgie*, séance du 5 mai 1886).

De l'épithélioma de la langue, par le Dr Trélat.

Trélat fait une conférence clinique sur un homme de cinquante ans, vigoureux, fumeur de pipe (brûle-gueule), atteint d'un épithélioma occupant le bord gauche de la langue, allant de la pointe à la portion verticale, sans toutefois atteindre le plancher de la bouche. Pas de ganglions. Urines normales.

Trélat insiste pour que l'on ne fasse pas de traitement spécifique dans les cas de ce genre. C'est, dit-il, une perte de temps inutile, car il faut opérer de bonne heure. Pour éviter les hémorragies secondaires assez fréquentes, Trélat fait d'abord, suivant la grandeur de l'ablation, la ligature d'une ou deux linguales sur la grande corne de l'os hyoïde. L'opération est faite ensuite avec l'anse galvanique (Clinique de l'hôpital de la Charité, in *Le Praticien*, 31 mai 1886, n° 22).

Accident survenu pendant l'ablation d'une amygdale,
Par le Dr E. Barré.

Il s'agit de la rupture de l'anneau tranchant de l'amygdalotome dont une partie fut avalée par l'enfant opéré. Il n'y eut aucun accident consécutif.

J'ai observé récemment un fait de ce genre, mais l'anneau, seulement brisé au milieu, resta dans la place qu'il occupait;

seule, l'amygdale à moitié détachée pendait à l'arrière-gorge, et, comme le Dr Barré, je fus obligé d'achever la section avec le bistouri et d'enlever le lambeau avec la pince (*Union méd.*, 28 mars 1886, n° 48). E. J. M.

Paralysie du membre supérieur consécutive à une angine simple, par le Dr Prévost.

M. le Dr Prévost signale, dans les Archives médicales belges, un cas de paralysie survenue dans des conditions très exceptionnelles : il s'agit d'un officier qui fut atteint d'une amygdalite très intense avec gonflement assez considérable des amygdales pour qu'il devînt nécessaire de faire des scarifications sur ces organes, mais sans qu'il y eût d'exsudat qui pût faire penser à la diphthérie. L'affection était bien guérie depuis un certain temps et n'avait laissé aucune trace, lorsque le malade commença à éprouver de la faiblesse qui s'accentua peu à peu et devint une véritable paralysie avec diminution de la sensibilité. Après l'emploi de divers moyens, la paralysie guérit au bout de six semaines, sans laisser de traces.

M. Prévost, comparant la marche de cette paralysie à la paralysie diphthéritique, écarte cependant cette dernière hypothèse et fait rentrer ce cas dans la catégorie des paralysies que Marquez (de Colmar), en 1873, a décrites comme consécutives aux angines simples aiguës et que Bouchut a signalées dans son Traité des maladies des enfants. (*Paris méd.*, n° 10, 6 mars 1886).

Parésie consécutive à une amygdalite (*Paresis consecutive to tonsillitis*), par le Dr E. J. Beall.

L'auteur rapporte deux cas de paralysie du voile du palais consécutive à une amygdalite simple. Le premier chez un enfant de sept ans, le second chez un jeune homme de vingt-cinq ans. Le but de l'auteur est d'appeler l'attention sur les paralysies de ce genre. (*St Louis Med. and Surg. Journal*, mai 1886.) Dr J. Ch.

Adhérence du bord libre du voile du palais et du pharynx par le Dr Bourdon.

Le malade présenté ne respire que par la bouche par suite de l'adhérence totale du voile palatin à la paroi pharyngienne. B. suppose, faute d'antécédents spécifiques, qu'il s'agit d'une lésion scrofuleuse. La syphilis s'attaquerait, dit-il, aux orifices naturels pour les agrandir, tandis que la scrofule en déterminerait l'atrésie.

L'argument nous semble cependant un peu spécieux. (*Soc. anatomique de Nantes*, 14 avril 1886, et compte-rendu in *Gaz. méd. de Nantes*, n° 7, 9 mai 1886.) E. J. M.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Traitement des suites de la syphilis du nez, de la bouche et de la gorge (*Treatment of the sequelæ of syphilis of the nose, mouth and throat*), par le Dr Goodwillie.

En dehors des instruments ordinairement employés pour remédier aux lésions de ce genre, l'auteur préconise l'usage de couteaux de différentes formes dont on doit faire usage en même temps que des engins électriques. L'auteur décrit ces instruments et leur mode d'emploi, il recommande de détruire toutes les parties osseuses malades, ce mal ayant une tendance à gagner les parties saines.

Cette méthode, bien que présentant certains avantages, est dans la grande majorité des cas plutôt héroïque que nécessaire. Si on l'emploie, ce ne doit être qu'avec de grandes précautions; le danger principal à éviter est l'invasion de la maladie aux tissus non malades (*N. Y. Med. Journ.*, 26 juin 1886). Dr Br. Delavan.

De l'examen digital des cavités nasales et de la dénudation des cornets dans le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales (*On digital examination of the nasal chambers and denudation of the turbinated bones in the treatment of chronic nasal catarrh*), par le Dr Harrison Allen.

Le Dr Allen préconise l'introduction du doigt après anesthésie, dans les fosses nasales des malades atteints de rhinite atrophique ou hypertrophique, non seulement comme un moyen

de diagnostic, mais aussi pour détacher la membrane malade. Les surfaces dénudées se recouvrent ensuite d'une membrane saine, les sécrétions diminuent et sont moins adhérentes. Après la dénudation les applications de galvano-cautère ou de nitrate d'argent produisent de bons effets. L'auteur croit que l'examen digital sert beaucoup au diagnostic et que la dénudation est une mesure utile (*Amer. journ. of med Sc.*, avril 1886). Dr Br. Delavan.

Hématome de la cloison nasale; mode de production; symptômes, diagnostic, traitement, par le Dr Péan.

Péan présente une jeune fille qui, à la suite d'un coup reçu sur le nez, ayant déterminé une fracture de la cloison, présenta sur les côtés deux bosses sanguines visibles par les narines. L'auteur compare ces dernières aux othématomes observés chez les aliénés, les boxeurs, etc.

La muqueuse de la cloison, peu adhérente, se décolle assez facilement et les nombreux vaisseaux qui la sillonnent expliquent facilement la production de ces néoplasmes à la suite des traumatismes. Parfois l'hématome se développerait spontanément (Nélaton, Luc, Bérard, Flemming, Velpeau, etc.)

L'apparition rapide de la tumeur après un traumatisme, en général, sa situation presque à l'orifice des narines, sa surface lisse, sa couleur rouge plus ou moins foncée et, après un certain temps, la fluctuation qui fait communiquer les deux tumeurs, tels sont autant d'éléments qui fixent le diagnostic.

Abandonnées à elles-mêmes, ces néoplasmes ont tendance à persister, mais le plus souvent elles s'abcèdent, entraînant la mortification et la destruction d'une partie de la cloison.

Le traitement consiste à fendre ou ponctionner l'hématome et à placer une petite mèche pour que la muqueuse puisse reprendre sa place peu à peu (*Revue méd. franç. et étrang.* 30 janvier 1886, n° 5).

Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses, par le Dr Guerder.

Dans une épidémie de coqueluche, le Dr Guerder, en raison du catarrhe nasal, de la vive injection de la muqueuse pitui-

taire et, de la nature probablement parasitaire de la maladie eut la pensée d'un traitement local analogue à celui employé contre les quintes de la fièvre des foins. Il fit dans les fosses nasales des malades des insufflations d'une poudre impalpable à la fois absorbante et antiseptique, préparée avec parties égales d'acide borique et de café torréfié. En un espace de temps variant de 2 à 6 jours les quintes tombaient de 15 à 20 à 4 ou 5 par vingt-quatre heures. Elles étaient, en outre, diminuées d'intensité. En même temps, l'état général s'améliorait beaucoup. Quand il était appelé au début, il commençait les insufflations nasales aussitôt, et dans tous ces cas, la maladie était relativement légère, et une guérison radicale obtenue dans 8 ou 15 jours ou même plus tôt (Concours med. 12 juin et *Le Courrier Médical*, 10 juillet 1886). Dr J. Ch.

Chorée partielle et quelquefois générale produite par des réflexes naso-pharyngiens (*Partial and sometimes general chorea minor from naso-pharyngeal reflexes*), par le Dr Jacobi.

L'auteur décrit certains mouvements convulsifs de la face qui peuvent parfois se généraliser et constituer la chorée véritable et seraient dus à une affection de la cavité naso-pharyngienne. En dehors des réflexes sensoriels et vaso-moteurs décrits par John Mackenzie, Hack, etc.; ces réflexes seraient des reflexes *moteurs* (*Amer. journ. med. Sc.*, avril 1886). Dr B.-D.

Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Adenoïd vegetation in the naso-pharyngeal cavity*), par le Dr Franklin H. Hooper.

Dans une étude magistrale, l'auteur fait observer que cette affection est bien moins commune en Amérique qu'en Europe. Pour ce traitement, il conseille l'ablation à l'aide de pinces nasales tranchantes ou du serre-nœud muni de cordes de piano, et en s'aidant du rhinoscope (*Boston Med. and Surg. Journal*, 1886). Dr B. D.

Du traitement de la coqueluche par les insufflations de quinine dans les fosses nasales (*Ueber Behandlung des Keuchhustens mittels Einblasungen von Chinin in die Nase*), par le Dr J. Bochem, de Bonn.

Se basant sur l'opinion émise dans ces derniers temps, que la muqueuse des fosses nasales serait le véritable siège et la cause de l'irritation, l'auteur a essayé de traiter la coqueluche par insuffactions de chlorhydrate de quinine pulvérisée mêlée avec de la gomme arabique (3 : 1) et 0,2 centigr. de ce mélange.

Dans les 16 cas traités de cette manière, le succès aurait été surprenant.

La plupart des malades guérissent au bout de trois semaines, les cas plus graves, au bout de quatre ou cinq semaines (*Centralbl. f. Klin. Med.*, n° 24, 12 juin 1886.) Dr L. L.

Corps étranger du nez (*Foreign body in the nose*), par le Dr Mackenzie.

L'extirpation d'un corps étranger de la fosse nasale d'un enfant fut notablement facilitée par l'emploi de la cocaïne d'après la méthode du Dr Delavan (*Maryland, med. jour.*, 15 mai 1886). Dr B. D.

LARYNX ET TRACHÉE.

Extirpation totale du larynx, par le Dr L. Labbé.

Labbé rapporte l'histoire complémentaire du malade opéré le 12 mars 1885. Le quatorzième jour de l'opération, l'état du malade était satisfaisant. Le 10 avril on lui appliquait une canube parlante. La déglutition s'accomplissait bien; le malade sortait au mois de mai, et allait même à la campagne, faisant des imprudences malgré les recommandations qui lui étaient faites. Bref, il prit une pneumonie à laquelle il succomba avec une plaie absolument cicatrisée et n'offrant aucune trace de récidive, ni d'engorgement ganglionnaire (*Académie de Médecine*, 26 janvier 1886 et *Semaine Médic.*, 27 janvier 1886).

Un cas d'extirpation totale du larynx *(Case of total extirpation of the larynx)*, par le Dr Lange, de New-York.

Femme, trente ans. Pas d'antécédents héréditaires ni d'antécédents morbides. A souffert, très probablement, de papillomes du larynx. Ces symptômes ont augmenté et ont pris un caractère évidemment grave; on porte le diagnostic de carcinome. Le larynx droit entier est enlevé avec l'épiglotte et le cartilage cricoïde. Pendant l'opération on fit usage de la canule tampon préconisée depuis déjà quelques années par le Dr Lange, et il ne passa dans la trachée la moindre goutte de liquide bien que l'on ait fait un lavage de la plaie à l'aide de solution antiseptique. L'opération dura une heure environ et s'accomplit sans accidents. La malade alla bien pendant quatre jours, mais elle mourut peu après de septicémie. La tumeur était un carcinome (*Annals of Surgery*, fév. 1886).

Dr Bryson-Delavan.

De l'extirpation unilatérale du larynx, avec une observation de guérison *(On unilateral extirpation of the larynx with report of a case cured)*, par le Dr Gerster, de New-York.

Le professeur Gerster donne un tableau synoptique de vingt cas d'extirpation du larynx et rapporte l'observation suivante : Homme, cinquante-sept ans, concierge, sans antécédents héréditaires, souffre depuis cinq mois d'enrouement et de dysphagie; ces symptômes ne font que s'accroître; ses forces ont beaucoup diminué depuis l'apparition d'un gonflement au-dessous de l'oreille gauche.

A l'examen pratiqué le 8 mars 1885, le malade est émacié, la peau a une teinte légèrement jaunâtre, sur chaque joue plaques hectiques rouges. Les organes abdominaux et thoraciques sont normaux. Dans le triangle sous-maxillaire gauche, immédiatement en arrière de l'angle du maxillaire, on constate un engorgement ganglionnaire profondément situé et très peu mobile, du volume d'un œuf de poule. A l'examen laryngoscopique on constate l'existence d'une tumeur pâle. Elle commence au repli glosso-épiglottique gauche et s'étend à travers le tissu de la bande vocale gauche dans le repli

ary-épiglottique, pour se terminer au cartilage aryténoïdien; il n'existe pas d'ulcérations. On porte le diagnostic de sarcome et l'on décide l'extirpation unilatérale. Comme opération préliminaire on extirpe les ganglions engorgés et l'on pratique la trachéotomie le 16 mars. Le 27 avril on enlève la moitié gauche du larynx. On protège la trachée à l'aide d'une canule tampon. On fait une incision qui s'étend de l'échancrure thyroïdienne supérieure jusqu'au bord du cricoïde, partant de l'extrémité supérieure de la première incision, on en fait une autre jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche. Le ligament crico-thyroïdien est alors divisé de manière à laisser passer de forts ciseaux pour sectionner le cricoïde. On obtient ainsi un accès facile qui permet d'inciser le ligament thyro-hyoïdien par sa partie inférieure et de diviser exactement les ligaments calcifiés. On sectionne alors l'épiglotte dans toute sa longueur et l'on sépare la moitié gauche du ligament crico-thyroïdien; l'artère thyroïdienne supérieure est sectionnée entre deux ligatures. La partie la plus difficile de l'opération était la dissection des parties latérales du pharynx et du larynx qui adhéraient intimement à la carotide par le tissu cicatriciel qui résultait de l'extirpation des glandes sous-maxillaires. Au cours de cette dissection la carotide fut coupée et l'on dut en pratiquer la ligature. L'opération terminée, on introduit un tube dans l'œsophage. La plaie est soigneusement remplie de gaze iodoformée. L'on place une canule dans la plaie trachéale.

L'examen microscopique démontre la nature de la tumeur qui était un sarcome alvéolaire.

Le malade fut nourri avec le tube œsophagien. Il était guéri le 31 mai. Le 2 novembre son état général s'est beaucoup amélioré; il peut parler à voix basse et se fait entendre facilement à une distance de dix à quinze pieds. L'examen laryngoscopique permet de constater une cicatrice qui occupe le côté gauche du pharynx et du larynx. La corde vocale gauche est normale. (*Annals of Surgery*, février 1886.)

Dr Bryson-Delavan.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Albarron. — Epulis avec transformation adamantine de l'épithélium gingival (*Progrès méd.*, Paris, 1886, 2 s., III, page 198-200).

Alcina (Benito). — De la pharyngoscopie comme élément de diagnostic (*An. de otol. y lar.*, n° 6, 1886).

Barbillon. — Abcès latéro-pharyngien ayant occasionné la mort par suffocation (*Soc. anatom. de Paris*, 11 janvier 1886).

Béal. — Paralysie du voile du palais consécutive à une amygdalite, observations (*St-Louis med. and surg. journ.*, mai 1886).

Bernhardt. — Du spasme idiopathique de la langue (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, n° 11, 1886,).

Billroth. — Ulcérations de la langue. Leçon clinique (*Wien. med. Zeitung*, n° 9, 1886).

Bougarel. — De l'ovarite amygdalienne (*France méd.*, 7 septembre 1886, n° 103).

Bowreman-Jesset (F). — Du cancer de la bouche, de la langue et des voies digestives; Pathologie; Symptômes; Diagnostic; Traitement (Churchill, édit. Londres, 1886).

Cortial. — Observation de sangsue implantée dans l'arrière-gorge (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1er août, p. 143 et *Union méd.*, n° 122, 9 septembre 1886).

Deroubaix. — Etude sur l'ablation de la langue (*La Presse méd. belge*, 27 juin, 4, 11, 18, 25 juillet 1886).

Downie (Walker). — Hémorragie après l'amygdalotomie (*Edimburg med. Journ.*, août 1886).

Dubousquet-Laberderie. — Des amygdalites infectieuses (*Congrès de Nancy*, 1886).

Erlenmayer. — Spasme de la langue (*Centralbl. für Nervenkrankh.*, IX, 5. 1886,).

Fox (Hingston). — De l'amygdalite et de ses relations avec la scarlatine et la diphtérie (*The Lancet*, 31 juillet 1886).

Fox (Hingston). — Fonction des amygdales (*Journ. of anat. and phys.*, t. 20, juillet 1886).

Galippe. — Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire (*Soc. de biologie*, 17 juillet 1886, et *Semaine méd.*, n° 29, 21 juillet 1886).

Gibbes (Heneage). — Sur un cas d'ulcération tuberculeuse de la langue (*The Lancet*, 4 septembre 1886, p. 445).

Grant. — Excision totale de la langue pour un épithélioma à travers le triangle digastrique, laryngotomie préalable (*Edimburg med. Journ.*, mai 1886).

Graverry. — Epithélioma de la bouche, opération, pneumonie, mort (*Soc. anat.*, 23 avril, et *Progr. méd.*, 11 septembre 1886).

Haig Brown. — De l'amygdalite des adolescents (Londres, Baillère, Tindall et Co, 1886).

Jackson (V.). — Ulcère tuberculeux de la langue chez une femme; extirpation suivie de la cessation complète des douleurs locales (*The Lancet*, 4 septembre 1886).

Julien. — Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole (*Thèse Paris*, juillet 1886).

Jurist. — Amygdalite, gargarisme (*Union méd. du Canada*, août 1886, n° 8, p. 376).

Kaczorowski. — Du rapport étiologique qui existe entre la gingivite et d'autres maladies (*Deutsche med. Wochenschr.*, n°s 33, 34 et 35, 1885).

Leplat. — Fibro-sarcome de la région maxillaire (*Soc. anatomo-clinique*, janvier, et *Journ. des sc. méd. de Lille*, 20 février 1886).

Mikhnevitch. — Hémorragie sérieuse de la bouche après l'application d'une sangsue (*Wratch*, n° 12, 1886).

Miles. — Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur, excision de la tumeur; œdème de la glotte consécutif; laryngotomie, mort 6 jours après de thrombose pulmonaire (*New. Orléans med. and surg. Journ.*, juillet, et *Med. and Surg. Reporter*, 7 août 1886).

Moizard — Des hémorragies dans la laryngite phlegmoneuse (*Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, août 1886).

Polaillon.—Quelques réflexions sur les larges ablations dans les cancers de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx (*Gaz. méd. de Paris*, n°s 29, 30, 17, 24 juillet 1886).

Polaillon.— De l'épulis (*Journal des connaiss. méd.*, n° 29, 22 juillet 1886).

Purcell (F.-A.). — Une nouvelle méthode pour enlever la langue au moyen du galvano-cautère (*The Lancet*, 18 septembre 1886).

Richet. — Grenouillette (*Gaz. des hôpit.*, 31 août 1886).

Richet. — Cancroïde ulcérée du plancher buccal. Opération. (*La France méd.*, 23 septembre 1886).

Schleicher. — Malade atteint de lupus pharyngien primitif (*Soc. de méd. d'Anvers* et *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, février 1886).

Schute. — Rapport de la corde du tympan avec la perception du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue (Berlin, 1886).

Seppilli. — Spasme clonique de la langue (*Rivista sperim di freniatria e med. leg.*, f. IV, 1886).

Suzanne. — Un cas d'angiome caverneux de la langue (Extrait des *Bullet. de la Soc. d'anatomie et de physiol. de Bordeaux*, Bordeaux, 1886).

Tillaux. — Épithélioma de la langue opéré pendant l'anesthésie locale produite par la cocaïne (*Gaz. des Hôpit.*, 14 août 1886, n° 94).

Thomaschewsky (S.-P.). — Trois cas d'induration syphilitique primitive des amygdales (avec index bibliographique) (*Wiener medicin. Presse*, n°s 30, 31, 33, 35, 36, etc., 1886).

Tommasi. — Dysphagie grave de nature hystérique chez un jeune homme (*Med. contempor.*, juillet 1886, Naples).

Turnbull (Lawrence). — Hydrochlorate de cocaïne comme anesthésique local et analgésique dans les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille (*The med. Bulletin*, n° 7, juillet 1886).

Tissier (Paul). — De l'angine sous-maxillaire infectieuse. De l'angine dite de Ludwig et des phlegmons sus-hyoïdiens en général (*Progr. méd.*, n°s 35, 36 et 37, 4, 11 sept. et suiv., 1886).

Verneuil. — Malade opéré de tumeur pharyngienne (*Soc. de chirur.*, 28 juillet, et *Progr. méd.*, 7 août 1886).

Widerhofer. — Stomatite aphteuse (conférence clinique) (*Allgem. Wien. med. Ztg.*, n° 31, 3 août 1886).

Witzel (A.). — De l'anesthésie par la cocaïne dans les opérations de la cavité buccale (*Hagen i. W.*, 1886).

X. X. — Morsure de la pointe de la langue chez un enfant, hémorragies, inconvénients du perchlorure de fer, etc. (*Paris méd.*, 18 septembre 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Adams (W.). — Opération pour un cas de déplacement latéral des os du nez (*The Med. Bulletin*, n° 7, juillet 1886).

Antinelli. — Le sublimé corrosif dans la rhinite ulcéreuse; note thérapeutique (*Bollet. delle malat. dell orech.*, etc., n° 5, septembre 1886).

Aronsohn. — De l'olfaction (*Du Bois's Arch.*, Heft 394, 1886, et *Med. News*, 31 juillet 1886, p. 122).

Bermann. — Un gros polype du nez (*Med. Soc. of the district of Columbia*, 28 avril, et *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 28 août 1886).

Bloom (Jos.). — Rhinite périodique hyperesthésique (*The med. and Surg. Rep.*, 17 juillet 1886).

Bull. — Abcès des deux sinus frontaux avec trépanation de l'ethmoïde et guérison complète (*Transact. of the Amer. Ophtalm. Soc.* XXI, p. 120).

Capart. — Polypes fibreux naso-pharyngiens, guérison par l'électrolyse (*Acad. roy. de méd. de Belgique*, 29 mai 1886, et Manceaux, éditeur, Bruxelles).

Chatelier. — Traitement des tumeurs adénoïdes du pharynx (*La Thérapeutique contemp.*, 6 août 1886, n° 32).

Chatellier (Henri). — Note histologique sur deux tumeurs muriformes de l'extrémité pharyngienne des cornets inférieurs (*Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez*, etc., août et sept. 1886, n° 8 et 9).

Claverie. — Etude sur les tumeurs malignes primitives des fosses nasales (*Thèse de Bordeaux*, 1886).

Cahen. — Tampon nasal et porte-coton (*The Polyclinic Philadelphia*, août 1886, n° 2.

Coomes (M.). — Nouveaux instruments (ciseaux et petites pinces) pour extirper les tumeurs du nez (*Med. Herald.* Louisville, avril 1886).

Cozzolino. — Lupus primitif de la muqueuse du nez (*Arch. Ital. de laringol.*, 15 juillet 1886, fasc. 1 et 2).

Eaton. — Quelques galvano-cautères pour le traitement des hypertrophies du nez et des arrière-fosses nasales. Avec figures (*The med. Record*, New-York, 28 août 1886).

Haynes (F.). — Pulvérisation de cocaïne dans l'épistaxis (*Therapeutic. Gaz.*, 15 juillet 1886).

Heymann. — Des polypes des fosses nasales (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 32, 9 août 1886).

Holm (N.) (Copenhague). — Anosmie syphilitique (*Hospitals-Fidende*, juin 1886).

Hooper (Fr.). — Végétations adénoïdes (*Boston Med. and. Surg. journ.*, 1886).

Kjellman (W.) (Stockhlem). — Sur la relation qui existe entre certaines névroses et quelques états pathologiques de la cavité nasale (*Hygiea*, p. 59, 1886).

Le Bec. — Rhinoplastie par transplantation d'un lambeau cutané emprunté à l'avant-bras (*Gazette des Hôpitaux*, 7 septembre, n° 104).

Lincoln (R.-P.). — Instruments de laryngologie et de rhinologie (*New-York Med. Journal*, 16 janv. 1886).

Lublinski (W.). — L'asthme et les affections nasales (*Ann. des malad. de l'oreille, du larynx, du nez*, etc., août 1886, n° 8, déjà publié in *Deutsch Med. Zig.*, n° 41, 20 mai 1886).

Mackenzie. — Corps étranger du nez (*Maryland Med. journ.*, 15 mai 1886).

Phelisse. — Tumeurs multiples, épithélioma du nez et cancer du cœcum (*Journ. des sc. med. de Lille*, 28 août 1886).

Poncet. — De la rhinoplastie sur appareil prothétique (*Congrès de Nancy*, 1886).

Salles (Campos de). — De l'ozène et des rhinites fétides (*Thèse de Paris*, juillet 1886).

Schmiegelow. — Rapport entre les réflexes du nez et ceux du pharynx (*Nordisk medicinsk Archiv.*, Bd XVII, n° 27).

Schmiegelow (E.) (Copenhague). — Les névroses réflexes et leurs relations avec les changements pathologiques de la cavité du nez (*Nordisk med. Arch.*, 1886, I).

Setterblad (G.) (Stockholm). — Un cas d'un polype naso-pharyngien opéré avec le galvano-cautère (*Hygiea*, p. 110, 1885).

Verdos. — Notes cliniques sur la syphilis du nez et de l'oreille (*Gaceta Med. Catalana*, 30 juillet 1886).

Viennois. — Ostéotomie du nez (*Congrès de Nancy*, 15e session, 1886).

Larynx et Trachée.

Bassols Prim. — Considérations sur la voix (*Gacet. med. Catalana*, 31 juillet, 15, 31 août et 15 septembre 1886).

Beelex.— Cancer primitif de la trachée (*The Hannem. monthly*, sept. 1885).

Bell (J.). — Trachéotomie dans la laryngite membraneuse (*Canadian med. Assoc.*, 18 et 19 août 1886, et *Med. News*, 28 août 1886).

Botey. — Hygiène, développement et conservation de la voix (Barcelone, 1886).

Briand. — Dyspnée d'origine paludéenne (*Gaz. des Hôp.*, 28 août 1886).

Brun (de). — Étude sur la médecine en Syrie. Forme dyspnéique de la malaria (*Acad. de méd. de Paris*, 17 août 1886).

Cantani. — Catarrhe laryngien diffus. Infiltration de la région postérieure probablement de nature tuberculeuse. Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (*Bollet. delle clin.*, 1886).

Casadesus (Roquer). — De la motilité dans le larynx, muscles et paralysies laryngées (*Revista de laring. otol., y rinol.*, n° 2, août 1886, suite).

Charcot.— Hystérie et tics, diagnostic (*Sem. méd.*, 15 septembre 1886, n° 37).

Cohen (G.-D.). — Innervations, fonction et paralysie de quelques muscles du larynx (Leiden, 1886).

Cohen (Solis). — Histoire ultérieure du cas de paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs présenté au 5e Congrès de laryngologie (*Soc. de Laryng., N.-Y. med. Journ.*, 31 juillet 1886).

Darier. — Tumeurs cérébrales. Hémorragie de la protubérance. Tuberculose pulmonaire et laryngée (*Soc. anat.*, 9 avril, et *Progr. méd.*, 7 août 1886).

Donaldson. — Fonction du nerf récurrent (*The Brit. med. Journ.*, 4 septembre 1886).

Fasano. — Deux cas remarquables d'erysipèle primitif du larynx, observations sur la nature de cette maladie (*Bollet. delle malat. dell' Orech., etc.*, n° 5, 1er septembre 1886).

Fisher. — Histoire d'un cas de paralysie labio-glosso-pharyngée primitive (*New-York neurologic. Soc.*, 4 mai, et *The med. and surg. Rep.*, 14 août 1886)

Gouguenheim. — Traitement de la laryngite aiguë (*Le Monit. thérapeut.*, n° 9, 6 septembre 1886).

Gouguenheim. — Note sur un cas de paralysie des dilatateurs de la glotte (*Congrès de Nancy*, 1886).

Gouguenheim. — Un cas de paralysie dite des crico-aryténoïdiens postérieurs. Trachéotomie, tuberculose pulmonaire consécutive, etc. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 9, septembre 1886).

Hahn (E.). — Du cancer du larynx (*Soc. méd. de Berlin*, 9 déc. 1886. *Berlin. Klin. Wochen.*, n° 4, 1886).

Hardy. — Compression de la trachée et des bronches (*Semaine méd.*, n° 30, 28 juillet 1886).

Helbing. — Du traitement du spasme phonique de la glotte (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 30, 27 juillet 1886).

Henschen. — Hémiatrophie de la langue. Parésie de la moitié droite du voile du palais et du crico-aryténoïdien postérieur de cause bulbaire (*Upsala Lakar Förh.*, p. 347).

Henschen. — Laryngite sous-glottique hypertrophique (*Upsala Lakar Förh.*, p. 375).

Hering (Th.). — De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx (*Union méd.*, 17 et 19 août 1886).

Hjort. — Un cas de sténose laryngée consécutive à la fièvre typhoïde, laryngotomie, guérison (*Norsk Maga. f. Lægevid.*, p. 477, 1885).

Jens Schou (Copenhague). — Sur le traitement des lésions traumatiques du nerf pneumo-gastrique, par le tamponnement permanent de la trachée (*Nordisk med. Archiv.*, Bd XVIII, n° 5).

Johnston et **Cotterill.** — Tumeur intratarchéale (*Edinb. med. Journ.*, 1886).

Knigt. — Vertige laryngien (*The N.-Y. med. Journ.*, 10 juillet 1886).

Koch (F.). — Influence du laryngoscope sur le diagnostic des affections intralaryngiennes (*Congrès de Nancy*, XVe session, 1886).

Krause. — Aphonie et dyspnée (laryngienne) spasmodique (*Berl. Klin. Woch.*, n° 34, 23 août 1886).

Lamb. — Larynx et partie de trachée d'un tuberculeux (*Med. Soc of district Colombia*, 19 mai, et *Journ. of the Americ. med. Assoc.*, 4 sept 1886).

Lanikouski (M.). — Deux cas de fibromes du larynx (*Wrach.*, n° 23, 1886).

Leidy (J.). — Remarques sur quelques points connexes avec l'anatomie du larynx (*The N.-Y. med. Journ.*, 31 juillet 1886, et *Soc. laryng.*, 8e Congrès).

Malfilatre. — Contribution au traitement par le cathétérisme, des laryngosténoses, après la trachéotomie (*Thèse Paris*, juillet 1886).

Malthe (A.). — Laryngotomie chez un enfant de 4 ans pour des papillomes multiples du larynx (*Norsk magaz. f. Lægevidens*, p. 490, 1886).

Manby. — Fracture du cartilage thyroïde, laryngotomie, guérison (*The Lancet*, 9 janvier 1886).

Martel. — De l'utilité de l'examen du larynx (*Rev. internat. des Sc. méd.*, 31 juillet 1886, n° 31).

Masséi. — Vertige laryngé (*Riforma med.*, an II, nos 183 et suiv., Naples, 1886).

Masséi. — Du traitement local de la tuberculose laryngée (*Arch. ital. di laringol.*, 15 juillet 1886, fasc. 1 et 2).

Masséi. — Leçon d'introduction du cours officiel de laryngologie (*Arch. ital. di laring.*, fasc. 1 et 2, 15 juillet 1886).

Massey. — Aphonie hystérique (*The med. and surg. Rep.*, 24 juillet, et *The clin Soc. of Maryland*, 26 avril 1886).

Médail. — Ataxie locomotrice à évolution rapide. Début par des troubles vésicaux. Grossesse intercurrente. Spasmes laryngés. Mort. Autopsie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 août 1885, n° 3).

Monnier (L.). — Anévrysme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique. Accès de suffocation et hémoptysies prises pour des accidents d'abord de tuberculose pulmonaire et ensuite de syphilis laryngée. Trachéotomie. Mort. Autopsie. Perforation de la trachée par l'anévrysme. Intégrité du larynx et absence de tuberculose dans les poumons (*Gaz. méd. de Paris*, 4 sept. 1886, n° 36).

Moure (E. J.). — Laryngologie. Du traitement de la phtisie laryngée (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 5 septembre 1886).

Morra (V.), prof. — De la syphilopathie pharyngo-laryngée et son diagnostic (*Prelizione*, Naples, 1886).

Nœther. — Laryngite sous-glottique aiguë (*Deutsches Arch. f. Klin. Med.*, B. 37, Heft 6).

Peter. — Tuberculose et adénopathie trachéo-bronchique avec accès de suffocation. Trachéotomie (*France méd.*, n° 82, 20 juillet 1886).

Saunby (R.). — Paralysie laryngée dans l'ataxie locomotrice (*The Lancet*, 18 septembre 1886, p. 543).

Semon. — Sur une action périphérique apparente et différentielle de l'éther sur les muscles du larynx (*Brit. med. Jour.*, 4 septembre 1886).

Sehrwald (Ernst) [clinique du prof. Rossbach]. — Des injections per-cutanées de liquides dans la trachée, leur dissémination dans les poumons et leur action sur les poumons et l'organisme en général (*Deutsche Arch. für Klin. Medizin*, 39 Bd, 1 et 2 .H).

Shenvell. — Cas supposés de lupus du larynx (*Jour. of cutaneous and veneral diseases*, mai 1886).

Solis Cohen. — Trois cas de compression du nerf laryngé récurrents de causes différentes, etc. (*Med. News*, 3 juillet, et réédité in *An. des mal. de l'oreille, etc.*, n° 9, septembre 1886).

Sota (Ramon de la). — Paralysie myopathique des crico-aryténoïdiens postérieurs (Séville, Impr. de Diaz y Carballo Gravidia, 1886).

Sota (Ramon de la). — Contribution à l'étude du lupus de la gorge (*New-York med. Journ.*, 10 juillet 1886 et *Rev. di laryng.* et sept. 1886, n° 15).

Sota (Ramon de la). — Paralysies myopathiques des crico-aryténoïdiens postérieurs (*An. de otol. y lar.*, n° 6, 1886).

Spengler (L.). — Un cas de trachéotomie pour une hémoptysie (*Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1886).

Strûbing (P.). — De la laryngite hémorragique (1886, chez J.-F. Bergmann, Wiesbaden).

Tage Hansen (Denmark). — Thyroïdectomie (*Hospitals-Fidende*, mai 1886, n° 7).

Thonrer. — Extraction d'un corps étranger du larynx (Extrait de *Cincinnati Lancet*, 24 juillet 1886).

Villette. — Observations de trachéotomie (*Bulletin méd. du Nord*, juin 1886, n° 6).

Watts. — Maladies de la gorge, des voies aériennes et des poumons (*Sem. médic.*, 8 sept. 1886, n° 36).

Waxham. — Tubage du larynx pour remplacer la trachéotomie, avec 83 observations (*Chicago Med. Soc.*, 21 juin, et *Journ. of Americ. med. Assoc.*, Chicago, 17 juillet 1886).

Whipham (T.). — De la pharyngo-laryngite des professeurs (*The Lancet*, 4 septembre 1886).

Whittaker. — Tubage du larynx dans le croup (*Kentucky st. med. Soc.*, 24 juin, et *The med. Rec.*, 10 juillet 1886).

Oreilles

Althaus. — Du tintement d'oreille et de son traitement par l'électricité (*The Lancet*, 31 juillet 1886).

Atkin. — Méningite après l'ablation d'un polype de l'oreille (*Scheffield med. chir. Soc.* et *Brit. med. Journ.*, 13 février 1886, p. 300).

Alvarez Gonzalez. — Des caries et des nécroses de l'apophyse mastoïde chez les enfants (*Arch. de med. y cirug. de los niños*, 31 juillet 1886, n° 19).

Bacon (Gorham). — Deux cas d'affections de l'oreille consécutives au traumatisme (*The N.-Y. med. Journ.*, 4 sept. 1886).

Baker (A. R.). — Traitement de l'otite moyenne suppurée (*Transact. Ohio med. Soc.*, 1886).

Bargellini. — Du développement et des progrès de l'otologie due aux travaux italiens (*Arch. Internaz. de laring., rinol. otol.*, fasc. III, 15 juillet 1886).

Bezold (F.). — Nécrose du labyrinthe et paralysie du facial (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd XVI, Heft 1, n° 2, 15 juillet 1886).

Bishop. — Opérations sur le tympan pour améliorer l'ouïe (*Journ. of the Americ. med. assoc.*, 28 août 1886)

Bishop. — La cocaïne et autres médicaments en otologie (*Western. med. Rep.*, 1er juin 1886).

Blacke. — Symptômes auriculaires réflexes sans affection de l'oreille et maladies de l'oreille avec symptômes réflexes (*Boston med. and surgic. Journ.* 6 mai 1886).

Bonnet. — Otite purulente après un accouchement, phébite des sinus, pyohémie, mort, autopsie (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 9, sept. 1886).

Breucq. — Moyen de faciliter l'extraction des corps étrangers de l'oreille chez les enfants indociles (*Le Monit. Thérapeut.*, n° 9, 6 sept. 1886).

Briggs. — Otite moyenne suppurée (*Texas Courier Rec.*, juin 1886).

Buck. — Ulcération douloureuse et légèrement sensible du tympan probablement de nature tuberculeuse (*The Americ. Otol. Soc.*, 20 juillet, et *The Med. Rec.*, 24 juillet 1886 et *in extenso* in *The N.-Y. med. Journ.*, 21 avril 1886).

Buck. — Quelques détails techniques concernant les opérations pratiquées sur l'apophyse mastoïde (*Ibid.* et *the Med. Rec. N.-Y.*, 24 juillet, et *The N.-Y. med. Journ.*, 28 août 1886).

Bull. — Rapport sur les progrès de l'otologie (*N.-Y. med. Journ.*, 7 août 1886).

Burckhardt-Mérian. — Diagnostic des maladies de l'oreille (Cincinnati : A. E. Wilde et Cie, et *N.-Y. med. Journ.*, 26 juin 1886).

Burnett. — Maladies syphilitiques de l'oreille interne (*Polyclinic. Philadelphia*, 15 août 1886).

Burnett. — De la dépendance fréquente des maladies de l'oreille, des affections catarrhales du nez (*Med. news. Philad.*, 20 juillet 1886).

Burnett (Ch.). — Deux cas de suppurations chroniques de la partie attique du tympan, perforation de la membrane flaccide traitée par le peroxyde d'hydrogène (*The Americ. otol. Soc.*, 20 juillet, et *The med. Rec.*, 24 juillet 1886).

Brunett. — Guérison rapide d'une suppuration datant de 35 ans (*Southern clinic.*, juillet 1886).

Cabello (Rico). — Otite rubéolique (*Gaceta med. de Granada*, 15 juillet 1886)..

Colter (R.-O.). — Syphilis de l'œil et de l'oreille (*Atlanta med. and surg. Journ.*, juillet 1886).

Coyne. — Oreilles moyenne et interne d'une sourde-muette (*Soc. anat.*, 2 mars. et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 sept. 1886).

Cozzolino (V.). — Formulaire thérapeutique pour les maladies de l'oreille (*Arch. Internaz. de laring., rinol. ot.*, fasc. III, 15 juillet 1886).

Dabney (S.-E.). — Furoncle de l'oreille externe (*Progress. Louisville.* juillet 1886).

Eckert (J. L.). — De la fonction des canaux semi-circulaires (*Correspondenz-Blatt. f. schweizer Artz.*, n° 1, p. 11, 1er janvier 1886).

Eitelberg. — Examens comparatifs de l'ouïe à l'aide des diapasons de la montre et de la voix chuchotée faits sur 100 individus (planche sur bois, suite) (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, XVI Bd, 2 u. 3 Heft, 15 juillet 1886).

Eitelberg. — Polype de la caisse, le tympan étant imperforé (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd XVI, Heft 2 u. 3, 15 juillet 1886).

Fall (M. S.) — De la coqueluche comme cause de la surdité (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, V Bd, p. 308).

Garett. — Conseils aux parents des sourds-muets pour le traitement de leurs enfants pour qu'ils apprennent à parler et à lire sur les lèvres (*Med. and surgic. Rep. Phil.*, 12 juin 1886).

Grassi. — Maladies du labyrinthe (*Gaceta de oftalmol., otol. y laryng.*, août 1886, n° 8).

Graxzi (V.). — Manuel d'otologie, avec 52 figures intercalées dans le texte, (Florence, 1886).

Green (Orne). — Quelques formes les moins communes d'affections mastoïdiennes (*Boston med. and surg. journ.*, 15 avril 1886).

Green (J. Orne). — Progrès récents de l'otologie (*Boston med. et surg. journ.*, 8 juillet 1886).

Guranowski. — Chancre mou de l'oreille moyenne (*The Lancet*, 7 août, d'après *Gaceta Lekarska*, 1886).

Knapp. — Terminaison mortelle d'un cas de mastoïdite scléreuse après ouverture de l'os (*The Amer. otol. soc.* et *The med. Rec.*, 24 juillet 1886).

Koerner (O.). — De la possibilité de reconnaître à la forme du crâne quelques relations du rocher importantes au point de vue topographique (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd XVI, Heft 1, et 2, 15 juillet 1886).

Kosegarten. — De l'action de la pilocarpine sur la muqueuse de la caisse (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, Bd XVI, 2 und 3 Heft, 15 juillet 1886).

Little (W. S.). — Physiologie de l'audition, etc. (*The americ. otol. Soc.*, 20 juillet, et *The med. Rec.*, 24 juillet 1886).

Lucæ. — Contribution physiologico-diagnostique à l'étude de l'otiatrie (*Berliner Klin. Wochenschr.*, nº 32, 9 août 1886).

Kilham (C.-S.). — Otite suppurée. Abcès du cerveau (*Sheffield med. chirurg. soc.*, 28 janv., et *Brit. med. journ.*, 13 février 1886, p. 300).

Moure (E.-J.). — Polype kystique des arrière-fosses nasales (*Soc. anat.*, 16 février, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 septembre 1886).

Moszinski. — Otite circonscrite consécutive à des instillations d'acide sulfurique (*The London med. Rec.*, 15 mai 1886).

Nowiski. — Fonctions physiologiques de la corde du tympan (*Med. Ober.*, nº 11).

Polo. — Etude sur la perforation du tympan (*Thèse Paris*, juillet 1886).

Pomeroy (O.). — Un cas d'abcès mastoïdien où la principale indication opératoire fut donnée par l'élévation de la température (*The Americ. otol. Soc.*, 20 juil. et *The Med. Rec.*, 24 juil. 1886).

Ray, Morrison. — Rapport sur l'otologie (*The Americ. Practit. and News*, 10 juillet, et *N.-Y. med. Rec.*, 17 juillet 1886).

Richet. — Expériences sur le réflexe de direction de l'oreille chez le lapin (*Soc. de biologie de Paris*, 1886).

Rivière. — Abcès du cerveau consécutif à une carie du rocher (*Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 22 déc., et *Journ. de méd. de Bord.*, 29 août 1886, nº 5).

Sexton (S.). — Effets des bains de mer sur l'oreille (*The med. Record*, New-York, 28 août 1886).

Sexton (S.). — Inflammations aiguës et chroniques de l'oreille moyenne et leurs complications (*The Americ. otol. Soc.*, 20 juillet 1886, et *The med. Rec.*, 24 juillet).

Sexton (S.). — Une nouvelle opération pour guérir radicalement l'inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne (*Ibid.*, *The med. Rec.*, 24 juillet 1886).

Smith. — Discours sur l'ophtalmologie, l'otologie et la laryngologie (*Journ. of. Amer. med. Assoc.*, 26 juin 1886).

Shirmunski. — Un cas d'occlusion cicatricielle complète de l'orifice du conduit. Restauration, retour de l'ouïe (*Saint-Petersburger, med. Wochensch.*, 23 august (4 septembre), nº 34, 1886).

Suñé. — Observations sur quelques cas de corps étrangers du conduit auditif (*Revista de laringol., otol.*, etc., septembre 1886, nº 15).

Suñé (P.). — Perceptions simples dans quelques cas de surdité absolue pour la voix humaine (*Revista di laring.*, etc., nº 2, août 1886).

Turnbull. — De l'hydrochlorate de cocaïne comme anesthésique local et analgésique dans les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille (*Med. Bulletin*, juillet 1886).

Verdos. — Notes cliniques sur la syphilis du nez et de l'oreille (*Gaceta med. Catalana*, 31 juillet 1886).

Voituriez. — Otite moyenne suppurée avec abcès consécutif des cellules mastoïdiennes, trépanation et guérison (*Soc. anatomo-clinique*, 7 juin, et compte rendu in *Journ. des sc. méd. de Lille*, 20 août 1886).

Warwick (M.) **Cowgill.** — Inflammation suppurée de l'oreille moyenne (*Southw. Kentucky med. Assoc.*, 11 mai, et *The Amer. Practit. and News*, 4 septembre 1886).

Williams (J.-R.) — Malformation congénitale de l'oreille externe (*N.-Y. med. Rec.*, 7 août 1886).

Wyss. — Étude clinique sur les complications auriculaires de l'ozène (Genève, 1886).

Croup et Diphtérie.

Anderson. — Trachéotomie dans la diphtérie. Identité du croup membraneux et de la diphtérie (*Pacific med. and. surg. journ.*, avril 1886).

Atkinson. — Sur les relations de l'amygdalite avec la scarlatine et la diphtérie (Correspondance du *The Lancet*, 4 septembre 1886).

Bell (J.). — Trachéotomie dans la laryngite membraneuse (*Canadian med. Assoc.*, 18 et 19 août, et *Medical News*, 28 août 1886).

Bernard. — Une épidémie de diphtérie (*Gaz. des Hôp.*, 7 août 1886).

Blanch (Amer). — Diphtérie et croup. (*Ann. del Circulo med. Argentino*, août 1886, n° 8).

Briz (Hernandez). — Deux cas d'angine diphtérique guéris par le permanganate de potasse (*Arch. de med y cirug. de los niños*, 31 juillet 1886, n° 19).

Coustoux. — Sur un cas de diphtérie traité par les inhalations médicamenteuses (*Bulletin de therapeut.*, 15 septembre 1886).

Cuq. — Traitement de la diphtérie par le sulfure de calcium et la digitaline (*Le Moniteur thérap.*, n° 8, 1886).

Delaskie Miller. — Du traitement de la diphtérie (*Journ. of the americ. med. Assoc.*, 3 juillet 1886).

Denners (D.). — Croup laryngé (*Le Scalpel*, 15 août 1886, n° 7).

Drake. — De la diphtérie (*Kansas city. med. Reuk.*, janvier 1886).

Focke. — Thérapeutique de la diphtérie du pharynx (*Centralbl. f. Klin. Med.* Leipzig, 28 août 1886).

Fraënkel A. Saenger. — Thérapeutique de la diphtérie du pharynx (*Centralbl. f. Klin Med.*, 28 août 1886, n° 35).

Gonzalez (D.). — L'acide salicylique dans le traitement du coryza diphtéritique (*Gacetia med. Catalana*, 15 septembre 1886).

Grancher. — Inoculation et incubation de la diphtérie (*Semaine méd.*, n° 29, 21 juillet 1886).

Ingals (Fletcher). — Cathétérisme du larynx dans le croup diphtéritique (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 10 juillet 1886).

Kaurin (Edv.). — Sur quelques cas de diphtérie (*Med. Rev.*, p. 177).

Jodd. — Discussion sur l'identité de l'amygdalite folliculaire et de la diphtérie (*S. Louis Courrier of med.*, mai 1886).

Kleeblatt. — Marche de la température lors de l'apparition des épistaxis dans la diphtérie (*Dissertation Erlangen*, 1886).

Laache (S.) (Christiania). — Trois cas de paralysie générale consécutive à la diphtérie (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, p. 85, 1886).

Laurent. — Traitement de l'angine diphtéritique par la perchlorure et l'oxychlorure de fer magnétique (*Thèse Paris*, 1886).

O. Malm.— La transmission de la diphtérie par l'intermédiaire d'une personne saine doit elle être considérée comme une chose de peu d'importance (*Norsk Magazin for Lägevidenskaben*, p. 434, 1886).

Marshall. — Insufflation d'iodoforme dans la trachée après la trachéotomie dans les cas de diphtérie (*The Lancet*, 31 juillet 1886).

Neukomm. — Epidémie de diphtérie dans le canton de Zurich (Leipzig, Vogel, édit., 1886).

Noeldechen. — Diphtérie (*Deutsche med. Ztg.*, Berlin, 19 août 1886).

Ortega A. P.). — Des paralysies discrasiques d'origine diphtéritique (*El genio. med. chirurg.*, nº 1519 *bis* 1522, *Anal. in Internat. central f. laryng.* nº 3, septembre 1886, p. 98).

Payne. (R.-L.). — Observations sur la diphtérie (*Carolina Med. journ.*, mars 1886).

Pauly et **Mandot.** — Nouveau traitement de la diphtérie (*Sem. méd.*, 1er septembre 1886).

Percy. (G. L). — De l'inoculation de la diphtérie (Correspondance de *The Lancet*, 28 août 1886).

Sellden (**Hjalmar**).— Du traitement de la diphtérie par le cyanhydrate de mercure (*Thèse*, 1886 et Gœteberg, *Allg. med. Cent. Ztg.*, nº 37, 1886).

Smurra.— Quelques réflexions sur la classification de la diphtérie (*Arch. internaz. de lar., rinol otol.*, 15 juillet 1886, fasc., III).

Stepp. — L'iodure de potassium dans le traitement de la diphtérie (*Deutsche med. Woch.*, nº 9, 1886).

Stsne. — Guérison d'une diphtérie grave avec nombreuses complications (*Philadelphia clin. Soc.*, 23 avril 1886, et *The Med. and Surg. Report.*, 28 août 1886, nº 9).

Trifiletti. — Sur un cas de diphtérie primitive de la cavité naso-pharyngienne (*Arch. Ital. di laring.*, fasc. 1 et 2, 15 juillet 1886).

Ware.—Traitement de la diphtérie (*Dakota med. brief* et *Philadelphia med. Times*, 21 août 1886, p. 873).

Widerhofer. — Paralysies diphtéritiques (*All. Wien. med. Zeitg.*, nº 34, 24 août 1886).

Varia.

(Corps tyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Barwell (R.). — Rétrécissement de l'œsophage, gastrotomie. Guérison (*The Lancet*, 14 août 1886, p. 295).

Billroth. — Relation du goître avec les fonctions intellectuelles. Leçon clinique (*Allg.. Wiener med. Zeitung*, nº 14, 1886).

Cambria (A). — De la résection du corps thyroïde d'après Mikulicz (*Wien med. Wochenschr.*, nº 31, 34 juillet 1886).

Campbell. — Traitement de la coqueluche par la quinine (*Canadiam med. Assoc.*, 18 août, et *Med. News*, 11 septembre 1886).

Chassagny. — Du cathéterisme dans l'œsophagisme. Modifications des cathéters (*Union Médicale*, 14 septembre 1886, nº 125).

Chaumier. — De la nature épidémique des aphtes (*Gaz. méd. de Paris*, 21 août 1886).

Clar. — Sur un appareil respiratoire simple (*Medicin. Jahrbücher*. Heft 5, 1886).

Dupin. — Kyste séreux du cou; ponction iodée, guérison (*Gaz. méd. chir. de Toulouse*, 1886, XVIII, pag. 25-27, 2 phot.).

Fabre. — Contribution à l'étude des tumeurs gazeuses de la région antérieure du cou (*Gaz. méd. de Paris*, 7 août 1886).

Forgue. — Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique (*Archives de méd. et de pharm. militaire*, n° 4, 1886).

Fraenkel (E.). — De la tuberculose de la glande thyroïde (*Virchow's Archiv.*, 1886, Bd CIV, pag. 58).

Galippe — Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire. Présence d'un parasite (*France Méd.*, 3 août 1886).

Ganzinotty. — Note sur un cas d'épithélioma de la partie moyenne de l'œsophage avec perforation de la trachée et de la bronche gauche; mort subite (Nancy, 1886, Berger-Levrault et Cie, in-8°).

Gay. — Coqueluche, traitement par la cautérisation sublinguale (*Gaz. des hôpit.*, 16 septembre 1886, n° 108).

Illingworth. — Fer dans le traitement de la coqueluche (*British med. Journ.*, 4 septembre 1886).

Heath (C.). — Corps étranger de l'œsophage; laryngotomie, trachéotomie, guérison, remarque (*The Lancet*, 21 août 1886).

Herzen. — A quoi sert le thyroïde. (*Sem. med.*, 11 août et 8 septembre 1886).

Hoge. — De la cocaïne, expériences personnelles (*Virginia Med. Monthly*, n° 5, août 1886).

Ilwaine (R.). — De la cocaïne dans la pratique générale (*Virginia Med. Monthly*, n° 5, août 1886).

Jackson (V.). — Ulcère tuberculeux de la langue (*The Brit. med. Journ.*, 30 juillet 1886).

Jacobi. — Rétrécissements multiples de l'œsophage, gastrotomie (*The Med. Rec.*, 31 juillet 1886, *The N.-Y. Pathol. Soc.*, 26 mai 1886).

Labric. — Solution contre la coqueluche (cocaïne et eau au 1/20) (*Union méd.*, n° 119, 2 septembre 1886).

Lennox-Brown. — Le traitement chirurgical le plus complet du goître suffocant (*Brit. med. Assoc.*, août 1886).

Lockkart-Gilson. — Etude sur le corps thyroïde (*Journ. of Anatomy and Physiol*, juillet 1886).

Lyon (E.). — La quinine dans le traitement de la coqueluche (*The Med. Record*, New-York, 28 août 1886).

Macdonald (Arch.). — De l'acide phénique dans le traitement de la coqueluche (*The Brit. med. Journ.*, 31 juillet 1886).

Mannheim. — Un cas d'intoxication par la cocaïne (*Soc. médicale de Berlin*, 7 juillet, et *Deutsche med. Ztg*, n° 59, 22 juillet 1886).

Maydl. — Sur un nouveau procédé de dilatation de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, par l'intermédiaire d'une fistule stomacale préexistante (*Anzeiger der Gesellschaft*, vom 17 juin, und *Wiener med. Zeitung*, n° 24, 1886).

Oliva. — Un cas de tétanos hydrophobique (*Gazzet. della Clinicke*, nos 9 et 10, Turin, 1886).

Parnet. — Quelques cas de thyroïdite aiguë à la suite de l'arrêt de la menstruation (*Thèse Bordeaux*, 1886).

R. Pott. — De la valeur thérapeutique de la cocaïne chez les enfants (*Jahrb. f. Kinderheilk.* Bd. 24, Heft 1 et 2, 1886).

Rivington (W.). — Deux cas d'extirpation de la langue, par la méthode de Sédillot pour des épithéliomas; guérison (*The Lancet*, 7 août 1886, p. 250).

Schmid. — Un cas de cachexia strumipriva (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 31, 2 août 1886).

Studsgaard (Copenhague). — Œsophagotomie externe pour un corps étranger (*Hospitals-Fidende*, avril 1886).

Tage Hansen (Denmark). — Un cas de gastrostomie (*Hospitals-Fidende*, 1886, n° 8).

Tage Hansen (Denmark). — Un cas de laryngite typhique. Trachéotomie (*Hospitals-Fidende*, 1886, n° 8).

Tizzoni (G.). — Thyroïdectomie expérimentale sur le lapin (*Arch. Ital. di biolog.*, t. VII, 1886, pag. 198, et *Deuts. med. Zeitg.*, n° 68).

Trélat. — D'un lymphadénome de la région parotidienne (*Le Praticien*, 6 septembre 1886, n° 36).

Verneuil. — Kyste du corps thyroïde (*Gazette des hôpit.*, 11 septembre 1886, n° 106).

Wolfler (A.). — Du traitement opératoire du goître par ligature des artères afférentes (suite et fin) (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 30, 25 juillet 1886).

Walter (Edmunds). — Cas d'affections goîtreuses (*St-Thomas's Hosp. Reports*, vol. XIV, 1886).

X. — Différentes applications de sels de cocaïne (*Revue gén. in Paris médic.*, 18 septembre 1886).

NOUVELLES

La *Société française d'Otologie et de Laryngologie* se réunira en session ordinaire, à Paris, les 27 et 28 octobre prochain, à 8 heures du soir, à la Mairie du premier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

MM. les Membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session sont priés de vouloir bien prévenir M. le Secrétaire, et lui adresser leurs mémoires, rue d'Amsterdam, 72 *bis*.

La communication doit être faite ou écrite en français.

Pour le Comité : *Le Secrétaire :* Dr Moura.

Nous avons le plaisir d'annoncer que notre sympathique collaborateur M. le Dr Urban Pritchard, de Londres, vient d'être nommé professeur d'otologie au « King's College », chaire nouvellement créée.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

QUELQUES CAS ASSEZ RARES DE PERFORATIONS DE LA CLOISON NASALE,

Par le Dr SCHMIEGELOW (Copenhague).

Les perforations de la cloison nasale appartiennent aux changements pathologiques nullement rares d'ailleurs, dont le diagnostic n'offre en général aucune difficulté. On doit en excepter quelques cas particuliers, où la perforation est petite, située, loin en arrière, recouverte par des déviations ou de tumeurs de la cloison, ou encore dissimulée à l'observateur par une hypertrophie considérable de l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

Veut-on, au contraire, savoir par quel processus pathologique a été produite la perforation? Dans certains cas, on se heurte alors, au point de vue du diagnostic, aux difficultés les plus sérieuses peut-être qu'on puisse rencontrer en rhinopathologie. L'opinion première, encore très répandue, sur la nature des perforations accidentelles est qu'elles proviennent de la syphilis (acquise ou congénitale), ou encore qu'elles sont le résultat d'une infiltration lupeuse suivie de fonte ulcérative des tissus. Qu'une perforation de la cloison puisse résulter d'autres affections, telles que, abcès développés sous le périchondre, périchondrites tuberculeuses de la cloison, ou qu'elle soit due à une difformité congénitale, ce sont là des opinions qui ne sont encore guère sorties du domaine restreint de la spécialité.

J'ai eu l'occasion, ces deux dernières années, d'observer deux cas assez rares de perforation de la cloison nasale, et comme ils peuvent éclairer certains côtés assez peu connus de la pathogénèse de cette affection, je vais prendre la liberté de la rapporter ci-dessous :

Obs. I. — Guillaume S..., soixante-quatre ans, imprimeur, vint me consulter au mois de janvier 1884, pour une forte dyspnée, occasionnée par une bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. L'examen rhinoscopique décela une perforation *considérable* de toute la portion antérieure de la cloison nasale, intéressant presque la partie cartilagineuse, dans sa totalité, car on n'apercevait plus en avant qu'un faible vestige. Presque ronde, cette perforation présentait un angle, en arrière, au point de jonction de la partie perpendiculaire de l'ethmoïde et du vomer. Le dessin ci-contre

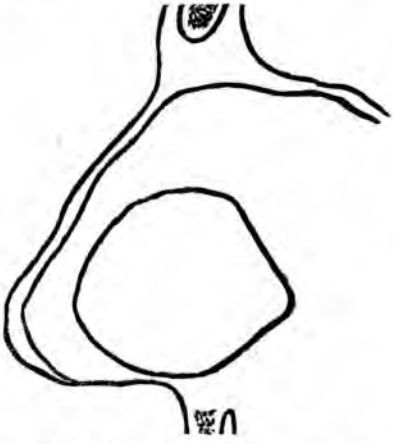


Fig. schismatique de la perforation de la cloison.

donne une idée un peu schématique de la forme de la perforation. Le diamètre vertical de la cavité était d'environ 2 centimètres, son diamètre horizontal de 3 centimètres.

Interrogé minutieusement, le malade déclare avoir remarqué dès son enfance la perforation, qui est facile à voir en regardant simplement à travers la narine, mais il n'y a jamais attaché d'importance, croyant cela tout naturel. La forme extérieure du nez ne présente rien d'anormal; le dos en régulier. Il n'y a jamais eu d'expulsion de séquestres; pas lupus, aucune trace de syphilis. Tous les membres de famille sont sains et vigoureux, et on n'y pourrait rencont d'affection de ce genre.

Je considère cette perforation comme congénitale par les raisons suivantes :

1° Il l'a eue depuis son enfance;

2° Il n'y a jamais eu de symptômes morbides du côté du nez, jamais d'écoulement purulent, de douleurs, de formation croûteuse, d'expulsion de séquestres, ce qui aurait difficilement échappé à l'attention, en raison des dimensions assez considérables de la perforation ;

3° Au point de vue anamnestique, rien ne plaide en faveur d'une tuberculose, ou d'une syphilis congénitales;

4° Les influences traumatiques qui pourraient avoir occasionné une inflammation lente du périchondre, doivent être certainement exclues;

5° L'enveloppe muqueuse du bord de la perforation était tout à fait unie et normale, sans trace de cicatrices.

La littérature médicale ne contient que de rares observations de perforations congénitales de la cloison, liées les unes à des difformités *étendues* de tout le squelette de la face, et les autres continuant des difformités isolées.

L'anatomiste Hildebrandt (1) déclare qu'il a eu lui-même une perforation congénitale de la grosseur d'un pois dans la partie cartilagineuse de la cloison nasale.

Une seule fois Hyrtl (2) a observé également une perforation congénitale.

La perforation admettait à peu près l'extrémité du petit doigt et était située à 3 lignes environ en arrière du bord antéro-inférieur du cartilage. La muqueuse unie s'étendait à travers la perforation d'une fosse nasale à l'autre sous forme de rayons cicatriciels : « *wodurch die Unterscheidung dieser angeborenen Abweichung von einem geheilten Geschwür nicht schwer sein wird.* »

Les perforations congénitales de la cloison témoignent ans doute d'une anomalie, d'une espèce d'arrêt dans le

(1) *Lehrbuch d'anatomie* Wien, 1802, vol. III, p. 162. (Référé chez M. Macnzie, *Diseases of the throat and nose;* London, 1884, vol. II, p. 476.

(2) *Handbuch der topographischen Anatomie.* Wien, 1871, I B, p. 316.

développement *(Missbildung)* et peuvent, au point de vue anatomo-pathologique, être classées avec les rares perforations observées sur la voûte palatine.

Une inflammation abcédée du périchondre laisserait difficilement après elle une perforation avec des contours aussi lisses couverts d'une muqueuse d'apparence aussi naturelle que celle qui fut observée dans le cas rapporté plus haut. Zuckerkand (1) paraît peu disposé à admettre les arrêts de développement comme la cause des perforations de la cloison ; il peut y voir toujours une inflammation du périchondre.

Tandis que la perforation dont je viens de parler est d'origine congénitale, je vais rapporter deux cas de perforation de la cloison, qui doivent être considérés comme ayant paru dans un âge avancé à la suite d'une simple inflammation de périchondre.

Obs. II. — Mlle Christine S., trente-trois ans, vint me consulter pour un catarrhe nasal. La malade, qui est fille d'un ancien médecin renommé, raconte que dès son enfance elle a eu de nombreuses épistaxis, notamment à gauche, où se produisait une obstruction fréquente due à des croûtes. L'habitude de détacher ces croûtes avec le doigt, amenait immédiatement un écoulement sanguin. A la puberté, les croûtes ainsi que les épistaxis devinrent rares et pendant ces dernières années les accidents du côté du nez ont complètement disparu. Il y a environ quatre ou cinq ans, le frère de la malade, qui est aussi médecin, découvrit par hasard dans un examen rhinoscopique, que la partie cartilagineuse de la cloison nasale était perforée, ce dont, jusqu'à ce moment, ni la malade ni son père n'avaient eu la moindre idée.

Au point de vue étiologique, on peut déclarer qu'elle est issue d'une famille très saine, qu'elle a toujours joui d'une bonne santé et n'a présenté aucune trace de scrofule. L'examen objectif montre un peu de catarrhe du nez, avec gonflemer du cornet inférieur. Dans la partie cartilagineuse du ne

(1) *Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle etc.*, Wie 1882.

tout près de la narine, se trouve une perforation ronde, dont le bord est en partie couvert de muqueuse, en partie (surtout en arrière et vers le haut), ulcéré à la surface et couvert de croûtes. Le diamètre de la perforation est de 1 centimètre à peu près. La forme extérieure du nez est tout à fait normale.

Je crois qu'il faut considérer cette perforation comme le résultat d'nne périchondrite traumatique, causée par les continuelles irritations auxquelles la partie cartilagineuse de la cloison a été exposée, la malade s'étant pendant de nombreuses années écorchée avec l'ongle, à l'endroit où les croûtes et les coagulations de sang se rassemblaient. La marche du mal a sans doute été celle-ci : Comme conséquence de la rhinite chronique se déclarèrent des fissures suivies de saignements de la partie cartilagineuse de la cloison. Il s'y forma alors des croûtes solidement attachées, et que la malade enleva avec l'ongle ; les fissures augmentèrent en largeur et en profondeur, de sorte que la substance cartilagineuse elle-même fut attaquée, et finalement nous avons la perforation. Tandis que les contours de la perforation étaient alors parfaitement guéris, il y avait encore en arrière quelques restes du processus ulcératif, qui cependant fut bientôt guéri au moyen de cautérisations à l'acide chromique.

Obs. — Mlle B.., quarante-sept ans. Elle a toujours joui d'une bonne santé, appartient à une famille saine; aucun symptôme de syphilis. Elle vient, le 19 juin 1885, me consulter pour une affection nasale, qui durait depuis sept ans au moins, et dont le principal symptôme avait été la production d'une grande quantité de mucus purulent venant du nez, et des croûtes fétides ; par contre, aucune douleur. Pendant ce temps, le dos du nez s'est un peu affaissé, et la narine droite est, par suite, d'une déviation de la partie cartilagineuse de la cloison, devenue plus petite que la narine gauche.

La malade est robuste, bien nourrie, et d'apparence saine. L'examen rhinoscopique montre que la partie osseuse du sep-

tum forme un grand arc avec convexité à gauche, de sorte que la narine droite est beaucoup plus grande que la gauche. A gauche se trouvent de nombreuses croûtes et une sécrétion épaisse, purulente et fétide, qui, une fois enlevées, laissent voir une surface granulée, rude, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ, et placée à 4 centimètres à peu près en arrière de la narine et à un centimètre à peine au-dessus du fond de la fosse nasale. On y sent, au moyen de la sonde, des parties dénudées. Après cautérisation à l'acide chromique de la partie cariée, insufflations de nitrate d'argent pulvérisé, nettoyage scrupuleux à l'aide de douches, une seule fois traitement de la partie osseuse malade à la cuillère tranchante, la portion cariée de la cloison fut guérie, jusqu'à ce qu'elle se couvrit, vers le 14 novembre 1885, de muqueuse naturelle : la sécrétion de pus cessa et la malade fut guérie. Il faut remarquer qu'elle employa pendant longtemps, sans effet, de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Le 30 juin 1886, elle vint de nouveau me trouver, ayant remarqué, dans le cours du mois, les anciens accidents, l'écoulement purulent fétide avait recommencé, accompagné d'un peu de douleur au dos du nez. La cloison est couverte de croûtes à droite ; on sent à la même place qu'au commencement du traitement, c'est-à-dire dans la portion antérieure de la partie osseuse de la cloison du nez, des endroits dénudés et cariés et une perforation de la grosseur d'un pois et à 1 centimètre environ au-dessus du fond du nez. Le nez, à l'extérieur, paraît plus défiguré que 6 mois auparavant. Encore en traitement.

Chez un individu tout à fait sain, n'offrant aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux il se développe dans la partie antérieure de la cloison osseuse du nez, une périostite qui conduit à la formation d'une perforation. En présence d'un tel cas, je crois qu'on est autorisé à supposer qu'on a eu affaire à une simple périostite spontanée : processus qui en tous cas est très rare et dont le diagnostic ne peut qu'être fait par exclusion.

Si l'on compare les trois observations précédentes, il est une particularité qui frappe immédiatement l'esprit, et je terminerai en la signalant à l'attention.

Si l'on voulait juger de la grandeur des perforations de la cloison nasale d'après la configuration extérieure du nez et, simplement, de ce que le nez a subi une forte déformation et un affaissement, conclure qu'il doit exister une grande perforation, on commettrait alors de graves erreurs. Dans le premier et le deuxième cas, les perforations étaient extraordinairement grandes; dans le troisième, au contraire, elle n'était que de la dimension d'un pois, et pourtant la forme extérieure du nez dans le dernier cas était très anormale, tandis que dans les deux premiers il n'y avait absolument rien qui pût faire supposer *à priori* les perforations de la cloison. En voici l'explication : la perforation, dans les deux premiers cas, était située dans la partie cartilagineuse, tandis que dans le dernier, c'était la partie osseuse de la cloison qui était perforée. Autrement dit, presque toute la partie cartilagineuse de la cloison (premier cas) peut manquer sans que pour cela le nez extérieur perde son point d'appui; au contraire, même de petites perforations dans la partie cartilagineuse de la cloison osseuse deviendront funestes à la forme extérieure du nez. J'ai fait bien des fois des observations analogues chez des malades atteints d'affections lupeuses ou syphilitiques de la cloison.

LARYNGOMÉTRIE. — CONDITIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE LA VOIX HUMAINE (suite) (1)

par le Dr **MOURA**

III

Chapitre I. — Cricoïde.

Le cricoïde sera, de ma part, l'objet d'une attention toute particulière. La solidité de sa structure et l'absence d'anomalies dans sa conformation justifient la place im-

(1) Voir *Revue*, n° 10, octobre 1886.

portante qui lui est dévolue anatomiquement et physiologiquement. Il est la pierre fondamentale sur laquelle repose la construction de l'organe de la voix.

Les mesures millimétriques que j'ai relevées sur cet anneau ostéo-cartilagineux n'en seront que plus utiles :

§ I. — *Hauteur et diamètres, chez la femme.*

1° Hauteur de la moitié postérieure. — 44 larynx :

Fréquence..... 23 fois 20^{mm}, 10 fois 21^{mm}, 5 fois 22^{mm}.
Extrêmes..... 12^{mm} et 25^{mm}.
Variétés..... 13^{mm}.

Moyennes : statistique, 19^{mm}; extrême, 18^{mm}5; vraie, 20^{mm}.

2° Diamètre supérieur oblique ou grand diamètre. — 52 larynx :

Fréquence..... 19 fois 25^{mm}, 10 fois 26^{mm}, 6 fois 24^{mm}, 5 fois 22^{mm}.
Extrêmes..... 21^{mm} et 29^{mm}.
Variétés..... 8^{mm}.

Moyennes : statistique, 23^{mm}; extrême, 25^{mm}; vraie, 24^{mm}5.

3° Diamètre inférieur, petit diamètre ou calibre :

Fréquence..... 8 fois 13^{mm} et 15^{mm}, 7 fois 14^{mm}, 17^{mm} et 18^{mm}, 5 fois 15^{mm}.
Extrêmes..... 9^{mm} et 19^{mm}.
Variétés..... 10^{mm}.

Moyennes : statistique, 14^{mm}; extrême, 15^{mm}: vraie, 14^{mm}.

§ II. — *Hauteur et diamètres, chez l'homme.*

1° Hauteur de la moitié postérieure. — 103 larynx :

Fréquence..... 27 fois 25^{mm}, 23 fois 24^{mm}, 10 fois 23^{mm} et 28^{mm}, 9 fois 27^{mm}, 7 fois 22^{mm}.
Extrêmes..... 20^{mm} et 29^{mm}.
Variétés..... 9^{mm}.

Moyennes : statistique, 24^{mm}5; extrême, 24^{mm}5; vraie, 24^{mm}5.

2° Diamètre supérieur oblique. — 128 larynx :

Fréquence..... 28 fois 30^{mm}, 23 fois 32^{mm}, 19 fois 31^{mm}, 12 fois 33^{mm}, 10 fois 35^{mm}.

Extrêmes..... 17mm et 37mm.
Variétés..... 20mm.
Moyennes : statistique, 30mm5, extrême, 27mm; vraie, 31mm.
3° Diamètre inférieur ou calibre :
Fréquence..... 22 fois 17mm et 18mm, 21 fois 20mm, 16 fois 16mm, 11 fois 19mm, 9 fois 15mm et 21mm.
Extrêmes..... 8mm et 25mm.
Variétés..... 17mm.
Moyennes : statistique, 16mm5; extrême, 16mm5; vraie, 18mm.

§ III. — *Comparaison des hauteurs et des diamètres du cricoïde dans les deux sexes.*

Les hauteurs de la moitié postérieure du cricoïde présentent une différence de 4mm5.

La hauteur la plus fréquente a été : 20mm chez la femme et 25mm chez l'homme; c'est le quart en plus pour ce dernier.

Les variétés de cette hauteur se sont élevées à 13mm pour le larynx féminin, à 9mm seulement pour le larynx masculin.

La statistique comprenant 44 sujets féminins et 103 sujets masculins, il en résulte que la moitié postérieure du cricoïde est près de trois fois plus variable dans le sexe faible. C'est la première fois que nous avons à constater une si grande divergence.

Le diamètre du grand cercle oblique est représenté par 24mm5 d'une part et 31mm de l'autre. La différence, 6mm à 7mm, équivaut à un cinquième environ. Ses variétés, 8mm et 20mm, prouvent que le diamètre supérieur, dans le sexe masculin, est susceptible d'un développement en rapport avec le plus grand nombre de variétés que nous avons constatées dans les dimensions des lèvres vocales ou glottiques.

Le petit diamètre, autrement dit le calibre de l'anneau cricoïdien, avait 14mm chez la femme et 18mm chez l'homme. La différence, 4mm, représente le cinquième environ du diamètre féminin. Les variétés, 10mm et 17mm, indiquent, chez la femme, une plus grande stabilité de développement; c'est le contraire pour le diamètre supérieur.

Il n'est pas douteux que le sexe masculin possède une puis-

sance de respiration, et par conséquent de souffle, supérieure à celle de la femme. Le diamètre inférieur du cricoïde étant le point du conduit trachéal le plus fixe et le plus régulier dans ses dimensions, l'évaluation de la colonne d'air respiré peut ainsi être établie, toutes choses égales, d'après la surface d'un cercle ayant pour rayon la moitié du petit diamètre cricoïdien. Cette surface égale à πR^2 ou $\pi \times 7^{mm}5^2$, sera de 178 millimètres carrés environ chez la femme; elle sera, chez l'homme, $\pi \times 9^2$ ou de 254 millimètres carrés.

Les 3 ou 4 millimètres de plus du petit diamètre, dans le sexe masculin, méritent donc de fixer l'attention du physiologiste, au point de vue du porte-vent trachéal et de la capacité du soufflet pulmonaire. L'importance de ces 3 millimètres devient plus grande encore si l'on tient compte des 17 variétés que nous avons relevées dans les dimensions de ce petit diamètre.

Chapitre II. — Facettes articulaires crico-aryténoïdiennes.

§ I. — *Chez la femme.*

1° Longueur transversale. — 58 larynx :

Fréquence.... 29 fois 5^{mm}, 12 fois 4^{mm}, 9 fois 6^{mm}, 5 fois 7^{mm}.

Extrêmes..... 3^{mm} et 8^{mm}.

Variétés..... 5^{mm}.

Moyennes : statistique, 5^{mm}; extrême, $5^{mm}15$; vraie, 5^{mm}.

2° Degré ou plan d'inclinaison des facettes. — 35 larynx.

Fréquence.... 13 fois 55°, 9 fois 50°, 6 fois 45°, etc.

Extrêmes..... 30° et 70°.

Variétés..... 40°.

Moyennes : statistique, 51°; extrême, 50°; vraie, 55°.

3° Distance entre les deux centres des facettes articulaires. — 58 larynx.

Fréquence.... 11 fois 16^{mm}, 10 fois 17^{mm}, 9 fois 18^{mm} 8 fois 15^{mm}, 7 fois 14^{mm}.

Extrême..... 9^{mm} et 22^{mm}.

Variétés..... 13^{mm}.

Moyennes : statistique, 16^{mm}; extrême, 15^{mm}5; vraie, 16^{mm}.

§ II. — *Chez l'homme.*

1° Longueur transversale. — 132 larynx :

Fréquence.... 39 fois 7^{mm}, 29 fois 6^{mm}, 23 fois 8^{mm}, 17 fois 5^{mm}.

Extrêmes..... 4^{mm} et 11^{mm}.

Variétés..... 7^{mm}.

Moyennes : statistique, 6^{mm}5; extrême, 7^{mm}5; vraie, 7^{mm}.

2° Degré d'inclinaision. — 85 larynx.

Fréquence.... 29 fois 55°, 16 fois 50° et 60°, 14 fois 45°.

Extrêmes..... 35° et 65°.

Variétés ..... 30°.

Moyennes : statistique, 55° ; extrême, 50°, vraie 55°.

3° Distance entre les centres des deux facettes articulaires. — 132 larynx.

Fréquence.... 34 fois 20^{mm}, 20 fois 22^{mm}, 19 fois 18^{mm}, 12 fois 19^{mm}, 11 fois 23^{mm}.

Variétés..... 12^{mm}.

Extrêmes..... 15^{mm} et 28^{mm}.

Moyennes : statistique, 20^{mm}5; extrême, 21^{mm}5; vraie, 20^{mm}5.

§ III — *Comparaison des facettes articulaires crico-aryténoïdiennes dans les deux sexes.*

Le grand diamètre ou diamètre transverse est le plus souvent de 5^{mm} chez la femme, de 7^{mm} chez l'homme; c'est une différence de 2^{mm}, c'est-à-dire de 4^{mm} de surface articulaire. Ce diamètre est sujet à varier beaucoup, attendu les petites dimensions des facettes. Ainsi dans le larynx féminin, il varie de 5^{mm}, et dans le larynx masculin de 7^{mm}.

Il y a en outre, dans chaque sexe, des facettes qui sont presque trois fois plus grandes les unes que les autres, comme le démontrent les extrêmes 3^{mm} et 8^{mm}, pour le larynx féminin, 4^{mm} et 11^{mm}, pour le larynx masculin.

Dans notre second mémoire, nous avons constaté que le diamètre de la facette articulaire de l'aryténoïde était, chez

l'homme, moins sujette à varier que chez la femme. Il n'en est plus de même pour la facette articulaire correspondante du cricoïde: celle-ci présente 7 variétés dans le sexe masculin, contre 5 seulement dans le sexe féminin. Il y a par suite une plus grande disproportion entre les deux facettes destinées à glisser l'une sur l'autre chez l'homme. Cette condition entraîne : 1° une plus grande étendue de mouvement pour l'aryténoïde, 2° une plus grande faiblesse de l'articulation, 3° une plus grande disposition aux maladies.

Les facettes articulaires cricoïdiennes et aryténoïdiennes correspondantes sont entre elles comme 5mm : 4mm5 chez la la femme; comme 7mm : 5mm5 chez l'homme; la disproportion est seulement de un demi-millimètre dans le premier cas, d'un millimètre et demi dans le second. Il résulte de là un emboîtement plus parfait des surfaces articulaires avec moins d'étendue dans les mouvements aryténoïdiens pour le larynx féminin, plus de mobilité dans l'articulation et moins de sûreté dans les mouvements de l'aryténoïde pour le larynx masculin.

Ces deux dernières conditions de faiblesse de l'articulation chez l'homme sont, en partie, compensés par une plus grande puissance de l'action musculaire.

Le degré d'inclinaison des facettes articulaires est le même d'une manière générale pour les deux sexes : il est de 55° environ. Mais l'angle sous lequel il se trouve établi varie, parfois, d'une facette à l'autre, de même que, dans certains larynx, la facette droite et la facette gauche ont des dimensions différentes.

Sur trois sujets j'ai relevé des inclinaisons de 55° 50° et 50° du côté gauche; 50°, 60° et 45° du côté droit. L'un d'eux avait des facettes cricoïdiennes de 7mm à droite, 6mm à gauche et leur plan correspondait à 45° et 50°.

Sur un larynx de femme j'ai trouvé deux facettes inclinées l'une à 65°, l'autre à 70°.

Ces anomalies peuvent se traduire physiologiquement dans l'organe de la voix par des changements de rapports entre les parties et induire en erreur le pathologiste. Ils peuvent

aussi expliquer, en partie, le timbre désagréable de certaines voix par le défaut d'harmonie dans les vibrations des deux lèvres de la glotte.

L'intervalle qui sépare les centres des deux facettes articulaires mesure 16^{mm} chez la femme, 20^{mm}5 chez l'homme ; il a donc 4^{mm}5 de plus dans le larynx de ce dernier.

Cette différence disparaît quand on compare les variations millimétriques que présente cet intervalle.

Ses variétés sont, en effet, au nombre de 13 et de 12 ; cela prouve que la partie postérieure ou interaryténoïdienne de la glotte, dont le sexe féminin est, *proportionnellement*, plus grande que celle du sexe masculin ; sa dimension peut s'élever de 9 à 22^{mm} dans le premier cas, de 15 à 28^{mm} dans le second. Ainsi, malgré un organe plus petit, l'air trouve, chez la femme et dans certaines conditions, un passage plus facile pendant l'inspiration.

Chapitre III. — Articulation thyréo-cricoïdienne.

§ I. — *Chez la femme.*

1° Intervalle entre les articulations thyréo-cricoïdiennes ou *axe du levier vocal.* — 52 larynx.

Fréquence.... 16 fois 22^{mm}, 9 fois 24^{mm}, 5 fois 20^{mm} et 23^{mm}, 4 fois 21^{mm} et 26^{mm}.

Extrêmes..... 18^{mm} et 30^{mm}.

Variétés ..... 12^{mm}.

Moyennes : statistique, 21^{mm} ; extrême, 24^{mm} ; vraie, 22^{mm}.

2° Diamètre antéro-postérieur du larynx passant par le centre des articulations thyréo-cricoïdiennes. — 35 larynx.

Fréquence.... 16 fois 22^{mm}, 5 fois 23^{mm}, 4 fois 24^{mm}, 3 fois 21^{mm} et 25^{mm}.

Extrêmes..... 18^{mm} et 27^{mm}.

Variétés..... 9^{mm}.

Moyenne : statistique, 21^{mm} ; extrême, 22^{mm}5 ; vraie, 22^{mm}.

3° Situation de l'articulation thyréo-cricoïdienne sur ce diamètre.

Fréquence.... 7 fois aux 3/8es, 6 fois aux 2/7es e 2/5es, 4 fois aux 3/7es, 6 fois au 1/3, 3 fois au 1/4, 2 fois aux 2/9es, 1 fois au 1/5e.

Toujours située sur la moitié postérieure du diamètre antéro-postérieur, l'articulation s'est trouvée plus ou moins près de son milieu, elle était placée 23 fois entre le 1/3 postérieur et ce milieu, c'est-à-dire entre 7 et 11mm, ce qui fait un espace de 4mm.

§ II. — *Chez l'homme.*

1° Intervalle entre les articulations thyréo-cricoïdiennes ou *axe du levier vocal.* — 128 larynx.

Fréquence.... 25 fois 30mm, 22 fois 28mm, 16 fois 24mm et 26mm, 10 fois 31mm, 9 fois 27mm, 7 fois 25mm et 32mm.

Extrêmes..... 18mm et 35mm.

Variétés..... 17mm.

Moyennes : statistique, 27mm5 ; extrême, 26mm5; vraie, 27mm5.

2° Diamètre antéro-postérieur du larynx ou thyréo-cricoïdien. — 90 larynx.

Fréquence.... 24 fois 28mm, 18 fois 27mm, 20 fois 26mm, 14 fois 30mm, 7 fois 29mm, 6 fois 31mm, 3 fois 25mm et 32mm.

Extrêmes..... 20mm et 32mm.

Variétés..... 12mm.

Moyennes : statistique, 28mm ; extrême, 26mm; vraie, 28mm.

3° Situation de l'articulation thyréo-cricoïdienne sur ce diamètre. — 90 larynx.

Fréquence..... 25 fois au 1/4, 18 fois au 1/3, 17 fois aux 1/5es, et 5 fois aux 2/7es, 5 fois au 1/6e et au 1/7e, 2 fois au 1/9e, 1 fois aux 2/5es, 1 fois aux 3/8es, et aux 2/9es.

Extrêmes..... 1/9e, et 2/5es (5/45 et 18/45).

Moyenne situation : aux 2/7es, entre le 1/4 et le 1/3 post rieur, c'est-à-dire entre le 8e et le 9e millimètre postérieur ce diamètre.

Dans aucun larynx, cette articulation ne s'est trouvée au milieu du diamètre; elle *était toujours en arrière*, sur la moitié postérieure.

§ III. — *Comparaison des diamètres thyréo-cricoïdiens.*

Transverse et antéro-postérieur du larynx dans les deux sexes.

Chez la femme, le diamètre transverse a 22^{mm} et chez l'homme 27^{mm}5, c'est-à-dire 1/3 de plus. Ses variétés ont été au nombre de 12 d'une part, de 17 de l'autre. Ce diamètre est descendu, une fois, à 18^{mm} dans les deux sexes et il est monté jusqu'à 30^{mm} chez l'un, à 35^{mm} chez l'autre.

Le diamètre antéro-postérieur avait aussi 22^{mm} en moyenne, dans le sexe féminin; 28^{mm} dans le sexe opposé; mais ses variétés se sont trouvées seulement au nombre de 9 pour l'un, de 12 pour l'autre; il est donc plus stable que le diamètre transverse. Ces deux diamètres ne diffèrent pas sensiblement comme longueur.

Quant au point occupé par l'articulation thyréo-cricoïdienne sur le diamètre antéro-antérieur, il résulte de mes recherches millimétriques qu'elle est ordinairement située entre le 1/3 et les 3/8es postérieurs, chez la femme, entre le 1/4 et le 1/3 postérieur chez l'homme; elle se trouvait, par conséquent, plus près du milieu de ce diamètre dans le sexe féminin. Cette petite différence est toute à l'avantage de l'organe vocal de la femme; elle est favorable au mouvement de bascule du levier cricoïdien dont le point de suspension se trouve ainsi plus près de son centre de gravité.

Ce fait intéressant d'anatomie-physiologique sera mis en lumière dans le paragraphe suivant :

Chapitre IV. — Levier cricoïdien ou vocal.

Au point de vue de la phonation, le cricoïde est un anneau dont chaque moitié, *droite* et *gauche*, représente un levier coudé, analogue à celui du mouvement de sonnette des serruriers. C'est un double *levier-équerre*, mobile sur un axe

Extrêmes..... 9mm et 20mm.
Variétés..... 11mm.

Moyennes : statistique: 16mm; extrême, 15mm5; vraie, 16mm.

3° Différences entre les deux bras de levier. — 90 larynx.

Le bras vertical s'est trouvé plus grand 2 fois de 1mm et 1 fois de 3mm; il a été plus petit 87 fois.

Le bras horizontal avait en plus : 20 fois 6mm, 14 fois 8mm, 12 fois 4mm, 9 fois 5mm, 7 fois 7mm, 6 fois 9mm, 5 fois 2 et 10mm, 3 fois 2mm, 1 fois 11 et 12mm.

Les extrêmes de ces différences se sont élevées jusqu'à 12mm sur un larynx et jusqu'à 11mm sur trois autres.

Moyennes différences : statistique, 6mm5; extrême, 6mm, vraie, 6mm5.

§ III. — *Comparaison des bras du levier cricoïdien dans les deux sexes.*

Le bras horizontal a, chez la femme, 16mm et chez l'homme 21mm. C'est une différence d'un tiers environ. Ses variétés sont au nombre de 8 d'une part, de 11 de l'autre, ainsi que le démontrent les extrêmes dimensions 11 et 19mm, 15 et 26mm.

Le bras vertical mesure 12mm5 dans le sexe féminin, 16mm dans le sexe masculin : c'est encore une différence d'un tiers environ. Les variétés de longueur ont été de 7mm d'un côté, de 11 de l'autre.

La moyenne différence entre les longueurs des deux bras de levier s'est trouvée de 3mm5 chez la femme et de 6mm5 chez l'homme; elle est ainsi, chez ce dernier, presque deux fois plus grande. Il y a donc, dans le larynx masculin, entre les deux bras du levier cricoïdien, une plus grande disproportion que dans le larynx féminin; ce fait est la preuve, à mon avis, de la plus grande élasticité des lèvres de la glotte chez l'homme.

CHAPITRE V. — LIGAMENT THYRÉO-CRICOÏDIEN ANTÉRIEU

§ I. — *Hauteur du ligament chez la femme, 53 larynx*

1° État de repos, hauteur médiane.

Fréquence.... 14 fois 8mm, 13 fois 6mm, 9 fois 5, 8 7mm, 4 fois 9mm.

Extrêmes..... 4mm et 10mm.
Variétés..... 6mm.
Moyennes : statistique, 7mm; extrême et vraie 6mm5.
2° Etat de tension :
Fréquence..... 14 fois 10mm, 9 fois 11mm et 9mm, 7 fois 7mm et 8mm.
Extrêmes..... 7mm et 13mm.
Variétés..... 6mm.
Moyennes : statistique, 9mm5; extrême, 10mm5, vraie, 10mm.
3° Rétraction du ligament obtenu par le rapprochement des cartilages thyréoïde et cricoïde — 49 larynx :
Fréquence..... 14 fois 3mm, 12 fois 1m, 14 fois 2mm, 9 fois nulle.
Extrêmes..... 0mm à 5mm.
Moyennes : statistique, 2mm; extrême, 2mm5; vraie, 2mm.

§ II. — *Chez l'homme. — 129 larynx.*

1° Etat de repos, hauteur médiane :
Fréquence..... 31 fois 7mm, 26 fois 9mm, 22 fois 10mm. 19 fois 8mm, 10 fois 6mm, 9 fois 11mm, 8 fois 12mm.
Extrêmes..... 5 et 13mm.
Variétés..... 8mm.
Moyennes : statistique, 8mm5; extrême, 9mm; vraie, 8mm5.
2° Etat de tension, hauteur médiane :
Fréquence..... 28 fois 12mm, 25 fois 11mm, 22 fois 10mm, 17 fois 13mm, 9 fois 9mm et 14mm, 7 fois 15mm, 5 fois 16mm.
Extrêmes..... 7mm et 19mm.
Variétés..... 12mm.
Moyennes : statistique, 11mm; extrême, 13mm; vraie, 11mm5.
3° Rétraction du ligament — 119 larynx :
Fréquence..... 30 fois 3mm, 29 fois 2mm, 22 fois 1m, 21 fois nulle.
Extrêmes..... 0 à 6mm.
Moyennes : statistique, 2mm5; extrême, 3mm; vraie, 2mm5.

§ III. *Comparaison des ligaments thyréo-cricoïdiens dans les deux sexes.*

A l'état de repos ou normal, ces deux ligaments diffèrent de 2^{mm}; ils ont 6^{mm}5 de hauteur chez la femme, 8^{mm}5 chez l'homme, et ils présentent 6 variétés d'une part, 8 de l'autre.

Une différence semblable se produit pour l'état de tension de ces ligaments; mais leurs variétés de longueur 6^{mm} et 12^{mm} indiquent une élasticité deux fois plus étendue dans le ligament masculin et, par suite, dans les lèvres vocales.

Les plus grandes hauteurs de la membrane thyréo-cricoïdienne mesurent dans l'un et l'autre sexe, 10^{mm} et 13^{mm} pour l'état de repos, 13^{mm} et 19^{mm} pour l'état de tension, 5^{mm} et 6^{mm} pour la rétraction.

Le ligament qui, à l'état de repos ou normal, mesurait 13^{mm} et montait à 15^{mm} par l'écartement des deux cartilages se réduisait à 5^{mm} par leur rapprochement; il y avait par conséquent une réduction de 10^{mm}.

Chez un sujet féminin dont la hautemr de la membrane thyréo-cricoïdienne mesurait 10^{mm} à l'état normal et 13^{mm} à l'état de tension, la réduction totale a été de 11^{mm}.

La moyenne réduction du ligament est de 5^{mm} pour le larynx féminin, de 6^{mm}5 pour le larynx masculin, à l'état de repos; de 8 et de 10^{mm} pour l'état de tension. Elle s'est élevée jusqu'à 8 et 12^{mm} pour le premier, jusqu'à 10 et 17^{mm} pour le second.

Le larynx dont la membrane thyréo-coricoïdienne a atteint la hauteur de 19^{mm}20 par la tension appartenait à un sujet de cinquante-huit ans; la portion ligamenteuse de la lèvre vocale mesurait 17^{mm}, au repos, et 22^{mm} après la tension; la glotte avait 27^{mm} au repos, et 32^{mm} après la tension. L'élasticité de la portion membraneuse équivalait par conséquent à 5^{mm}.

Chapitre VI. — Conclusions.

I. — *Cricoïde.*

1° La hauteur du cricoïde en arrière présente en moyenne 20^{mm} et 13 variétés chez la femme, 24^{mm}5 et 9 variétés seulement chez l'homme. La loi de développement de ce

anneau serait donc plus stable dans le larynx masculin.

2° Les deux diamètres, inférieur et supérieur, ont 14 et 24^{mm}5 dans le sexe féminin, 18 et 31^{mm} dans le sexe masculin; c'est une différence d'un cinquième environ entre les deux sexes.

3° Le diamètre inférieur est plus sujet à varier que le diamètre supérieur chez la femme; c'est le contraire pour le larynx masculin.

4° Le calibre du cricoïde, représenté par son diamètre et par sa circonférence inférieurs, équivaut à un cercle dont la surface aurait 176^{mm} carrés chez la femme, 254^{mm} carrés chez l'homme.

La puissance respiratoire et celle du soufflet pulmonaire seraient, toutes choses égales d'ailleurs, plus grandes d'environ 14 à 15 pour cent dans le sexe masculin. L'asphyxie par défaut d'air respirable est donc plus rapide chez l'homme que chez la femme.

II. — *Facettes articulaires crico-aryténoïdiennes.*

5° Les facettes articulaires du cricoïde présentent 2^{mm} de différence d'un sexe à l'autre et beaucoup de variation relativement à la petitesse de leur surface.

6° Ces facettes, dans le sexe féminin, sont en rapport plus parfait avec les facettes aryténoïdiennes correspondantes que dans le sexe masculin; elles sont comme 5 est à 4 pour le premier, comme 7 est à 5^{mm}5 pour le second. De là une plus grande mobilité et une plus grande faiblesse dans les articulations des larynx d'homme.

7° Le plan d'inclinaison des facettes du cricoïde est en général de 55°; il est quelquefois différent d'une facette à l'autre sur le même sujet et cette anomalie peut se traduire pendant la vie, par une légère asymétrie d'un côté à l'autre de la glotte.

8° L'intervalle qui sépare les facettes l'une de l'autre, est en général plus grand chez la femme que chez l'homme; avec un organe plus petit, le sexe faible jouit donc dans certaines conditions d'une plus grande facilité de respiration.

III. — *Articulations thyréo-cricoïdiennes.*

9° Le diamètre transverse thyréo-cricoïdien ou vocal, possède 22mm et 12 variétés dans l'organe vocal féminin, 27mm5 et 17 variétés dans celui de l'homme. Il peut atteindre 30mm d'une part et 35mm de l'autre.

10° Le diamètre antéro-postérieur thyréo-cricoïdien du larynx mesure aussi 22mm dans le sexe faible, 28mm dans le sexe opposé. Ses variétés sont au nombre de 9 et 12 seulement.

11° L'*axe vocal* présente 3 variétés chez la femme et chez l'homme 5 variétés de plus que le diamètre antéro-postérieur thyréo-cricoïdien.

12° L'articulation thyréo-cricoïdienne est située sur le diamètre antéro-postérieur entre le 1/3 et les 3/8e postérieurs chez la femme, entre le 1/4 et le 1/3 postérieurs chez l'homme.

IV. — *Levier thyréo-cricoïdien.*

13° Au point de vue de la phonation, le cricoïde est un levier coudé double, mobile sur son axe thyréo-cricoïdien ou transverse, et composé de deux bras, l'un antérieur plus long et horizontal, l'autre postérieur plus petit et vertical..

14° L'extrémité libre de chaque bras, décrit un petit arc dont le sinus mesure, en avant, le degré d'allongement ou de rétraction du ligament thyréo-cricoïdien et, en arrière, la quantité dont la lèvre de la glotte augmente ou diminue.

15° Le bras horizontal a 16mm en moyenne, et varie de 8mm dans le sexe faible, 21mm et 11 variétés dans le sexe opposé.

16° Le bras vertical possède 12mm5 et 7 variétés d'une part, 16mm et 11 variétés de l'autre.

17° Les deux bras du levier sont entre eux comme 4 est à 3 chez le premier, comme 5 est à 4 chez le second.

18° La différence entre les deux bras du levier est de 4mm chez la femme, de 6mm5 chez l'homme.

19° Le bras horizontal possède, dans le larynx masculin un quart de longueur de plus que celui du larynx féminin.

Il en est de même du bras vertical. L'un est à l'autre comme 5 est à 4 dans le premier cas, et comme 4 est à 3 dans le second.

V. — *Ligament thyréo-cricoïdien.*

1° A l'état normal ou de repos, la hauteur du ligament est de 7mm chez la femme, de 8mm5 chez l'homme; elle varie de 6 et de 8mm.

2° A l'état de tension, cette hauteur atteint 10 et 11mm5 en moyenne; ses variétés 6 et 12 montrent qu'elles sont deux fois plus nombreuses dans le sexe masculin.

3° Les plus grandes hauteurs de ce ligament mesurent 10 et 13mm pour l'état normal, 13 et 19mm pour l'état de tension.

4° Le rapprochement forcé des deux cartilages thyréoïde et cricoïde réduit cette hauteur à 2mm d'une part, à 2mm5 de l'autre d'une manière générale; la moyenne de cette réduction est de 5mm pour le sexe faible, de 6mm5 pour l'autre sexe.

5° L'élasticité de ce ligament est représentée, à l'état de repos, par 5mm et 6mm5, et, à l'état de tension, par 8 et 10mm. Elle peut atteindre 12mm dans le larynx féminin et 18mm dans le larynx masculin. (*A suivre.*)

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

19me Congrès annuel tenu à New-London, Conn.
20 juillet 1886,

par le Dr Gorham Bacon

Traduit de l'anglais, par le Dr J. Charazac.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr J.-S. Prout, de Brooklyn, président.

Le Dr Sexton, de New-York, le premier lit un mémoire sur **le catarrhe purulent aigu et chronique de l'oreille moyenne et ses complications** (*Acute and chronic, purulent inflammations of the middle ear tract and their complications*).

Les notes qui ont servi de base à l'auteur dans ce travail se rapportent à deux mille cas environ. Il les divise en trois catégories : catarrhe aigu purulent de l'oreille moyenne, inflammation catarrhale aiguë et catarrhe chronique purulent. L'inflammation catarrhale aiguë peut rentrer dans la catégorie du catarrhe aigu purulent, car, au début, les lésions étaient probablement les mêmes dans les deux cas. Sur ces deux mille cas, cent trente et un doivent être considérés à part en raison de leur gravité. Dans ce dernier chiffre on compte douze cas de mort.

L'auteur donne un résumé des lésions anatomiques du temporal. Il s'occupe ensuite des symptômes et du pronostic et constate que sur vingt mille cas d'affection de l'oreille dans lesquels le malade a été vu au début de l'attaque on n'a eu à déplorer aucun cas de mort. Pour ce qui est du traitement, d'après son expérience personnelle, le Dr Sexton croit qu'on peut très bien maintenir le drainage de l'oreille en incisant la membrane du tympan.

L'orateur décrit ensuite : **une nouvelle opération pour la cure radicale du catarrhe chronique purulent de l'oreille moyenne** (*A new operation for the radical cure of chronic purulent inflammation of the middle ear tract.*

Il a remarqué que dans un grand nombre de cas, ce qui reste de l'appareil de conduction ne sert guère à la transmission du son, mais agit plutôt en s'opposant à l'écoulement des sécrétions, surtout lorsqu'il existe des granulations de l'antre (*granulations in the antrum*).

Il a tout d'abord pratiqué cette opération dans les cas d'otorrhées de longue durée dues à l'inflammation de la portion attique. Faisant usage de la lumière électrique, il opère comme il suit : il s'agit tout d'abord de séparer la portion flaccide du tympan du bord de la lame auditive et enlever toute la portion du tympan adhérente à l'anneau tympanique. Si le marteau et l'enclume persistent encore, il divise le tendon du muscle tenseur du tympan, s'il existe immédiatement en dedans de la courte apophyse et au-dessous de la corde du tympan.

Si la corde du tympan n'est pas détruite, on la sectionne au point où elle pénètre dans le tympan et aussi à sa sortie du canal de Huguier. Il détache alors des parties molles et les osselets et les enlève avec des pinces. On doit aussi enlever les masses polypoïdes, les granulations, etc., avec la curette ou des pinces tranchantes. Pour atténuer la douleur on lave les parties avec une solution de cocaïne de 4 pour 100. On fait ensuite un pansement avec de l'acide borique pulvérisé, on peut se servir aussi d'acide salycilique en poudre.

Le Dr Agnen ne croit pas que lorsque l'inflammation s'est propagée aux cellules mastoïdiennes, cette nouvelle opération puisse assurer un écoulement aussi facile que lorsqu'on fait usage du trépan et qu'on a enlevé une partie externe de l'apophyse mastoïde.

Le Dr Knapp dit que dans la plupart des cas on obtient un drainage plus parfait et plus facile des cellules supra-tympaniques en ouvrant les cellules mastoïdiennes avec lesquelles les premières sont en communication.

Le second mémoire est lu par le Dr A.-H. Buck, de New-York. Il a pour titre : **Ulcérations indolores ou seulement peu douloureuses de la membrane du tympan, très probablement de nature tuberculeuse** (*Painless and only slightly painful ulcération of the membrana tympani probably of a tubercular nature*).

L'auteur a observé trois cas de ce genre : dans tous les trois il existait des bourdonnements et une légère altération de l'ouïe. Dans deux cas on observait une rougeur et un gonflement légers de la partie supérieure du tympan et de la peau recouvrant la paroi osseuse; bientôt on vit l'infiltration s'étendre au quart postero-supérieur tout entier; la membrane devint bombée et la perforation se produisit au point le plus saillant.

Au début, les points caractéristiques sont la tendance de l'inflammation à se localiser à la partie postéro-supérieure de la membrane, la douleur très légère ou même l'absence complète de douleur.

Le Dr Gruening, de New-York, a vu bon nombre de cas dans lesquels il a été amené à admettre que l'ulcération du tympan était de nature tuberculeuse. Dans l'un d'eux, observé chez un jeune homme, il y avait deux perforations du tympan qui paraissaient dues au ramollissement et à la fonte des tubercules. Par le traitement, on peut améliorer cet état, mais les perforations persisteront.

Le Dr Agnen, dans un grand nombre de cas de ce genre, a remarqué que la lésion siège le plus souvent au-dessous de l'extrémité du manche du marteau.

Le Dr Buck, à son tour, lit un mémoire : sur **certains détails techniques se rapportant aux opérations pratiquées sur l'apophyse mastoïde** *(On certain technical details relative to operation on the mastoïd process)*.

Il s'occupe des objections faites au sujet du foret (drill) dans les opérations mastoïdiennes. Il n'a jamais constaté que ce foret ait une tendance à pénétrer dans le sinus latéral ou la cavité cérébrale. On a prétendu que l'ouverture pratiquée par le foret était trop petite, mais on peut fabriquer des forets de tous les calibres. Il s'est servi de forets ayant un quart de pouce de diamètre pour arriver jusqu'à l'antre; on termine ensuite l'opération avec un instrument d'un plus petit diamètre. Lorsqu'il existe un sequestre considérable, il est nécessaire de pratiquer une plus large ouverture. Après l'emploi du foret, la pyohémie et la septicémie sont rares. Lorsqu'on a bien présente à l'esprit l'anatomie de l'apophyse mastoïde, on peut se servir de cet instrument en toute sûreté; pour le guider sur l'os, on peut se servir des doigts qui restent libres. La forme conique du foret permet en outre à l'opérateur de s'assurer que l'extrémité a pénétré dans une cavité. On peut objecter que les ciseaux lorsqu'on en fait usage, font sur les parties molles une plaie beaucoup plus grande, et dans l'os une ouverture plus considérable, am nant ainsi une cicatrice déprimée. L'opération exige un tem plus considérable et n'est pas sans danger. L'étude des st tistiques à propos de ces deux méthodes, ne paraît p

démontrer que les ciseaux et la gouge doivent être préférés au foret, lorsqu'il s'agit d'ouvrir l'apophyse mastoïde. Dans l'opération avec le foret, le Dr Buck, après avoir fait l'ouverture, laisse un petit canal pour l'écoulement des sécrétions ; l'ouverture faite par le foret est recouverte par le lambeau ; il lave la plaie pendant les premiers jours qui suivent l'opération avec une solution de bichlorure, 1/2000. La plus grande difficulté une fois l'apophyse mastoïde découverte et le foret appliqué consiste à faire communiquer le canal avec l'antre.

A la discussion qui suit prennent part : MM. les Drs John Green, H. Knapp, H.-D. Noyes, J.-A. Andrews, E. Gruening. La plupart des membres de l'Assemblée donnent la préférence aux ciseaux.

Une communication relative à l'organisation d'un Congrès de Médecine et de Chirurgie américaine est présentée et renvoyée à un Comité composé des Drs C.-B. Agnen, H. Knapp et John Grenn qui sont chargés de l'examiner et de faire un rapport pour la séance du soir.

Séance du soir.

La première communication est faite par le Dr Knapp sur : **Un cas de mastoïdite condensante terminée par la mort après opération avec les ciseaux** (*Termination of a case of sclerosing mastoïditis after chiselling of the bone*).

Il s'agit d'un homme de cinquante ans atteint dans son enfance d'otorrhée double consécutive à la scarlatine. Au point de vue de l'audition, l'oreille droite était complètement perdue, très dur de l'oreille gauche ; il devint complétement sourd de la gauche à la suite d'une attaque récente de vertige. Le Dr Knapp constate l'absence complète du tympan des deux côtés. La caisse des deux côtés est sclérosée, pâle, mais congestionnée à droite.

Trois semaines après, survint une paralysie faciale à gauche. Elle disparut en deux semaines à la suite de lavages de l'oreille et d'un traitement interne à l'iodure de potassium à

haute dose. Quinze jours plus tard, le malade fut pris de nausées et d'une céphalalgie intense ne lui laissant aucun repos. On fit alors avec le ciseau une ouverture d'un demi-pouce de profondeur à l'apophyse mastoïde. Le tissu osseux était compacte et très vasculaire à la partie profonde de l'incision. Le malade mourut cinq jours après dans le coma. La mort fut la conséquence d'une méningite traumatique.

Le Dr O.-D. Pomeroy fait une communication sur : **Un cas d'abcès des cellules mastoïdiennes** (*A case of abcess of the mastoïds cells*).

La principale indication dans ce cas était l'élévation de la température.

On lit le titre d'une communication du Dr H. Burnett de Philadelphie : **Deux cas d'inflammation chronique purulente de la portion attique du tympan avec perforation de la portion flaccide traitée par le peroxyde d'hydrogène** (*Two cases of chronic purulent inflammation of the attic of the tympanum with perforation of the membrana flaccida*, etc).

Dans ces deux cas, ce médicament fut employé avec succès alors que tous les autres avaient échoué. Quand la perforation siège sur la portion flaccide, le médicament est appliqué à l'aide de la seringue tympanique. Le Dr Burnett emploie l'eau oxygénée pure.

On lit ensuite le titre d'une communication du Dr W.-L. Little : (*In the physiology of hearing is there an overlapping of each auditory feil the same as in binocular vision ?*)

Les tentatives faites pour ramener l'ouïe, doivent avoir pour but non seulement d'obtenir l'audition pour les sons qui frappent l'oreille directement en face, mais encore d'accroître le champ de l'audition dans une ou dans les deux oreill malades de manière à obtenir la fusion (coalescence) q existe dans les oreilles normales. On ne trouve en littérat-

otiatrique, aucun renseignement sur ce sujet; on ne peut non plus comparer exactement l'œil et l'oreille. Les nerfs auditif et optique répondent à des milieux très différents. Il n'existe pas pour le nerf auditif une decussation de ses fibres comme pour le nerf optique et ce dernier occupe dans le cerveau une position moins centrale que le nerf auditif.

On annonce ensuite un mémoire du Dr Gorham Bacon, de New-York sur : **Deux cas d'affection de l'oreille d'origine traumatique** (*Two cases of ear diseases due to traumatism*).

Dans le premier cas il s'agit d'une blessure du tympan : un indigène qui chevauchait dans les forêts de la Floride eut le tympan perforé par une branche d'arbre qui pénétra dans le conduit auditif. Le second cas est une blessure de l'apophyse mastoïde par une balle de pistolet tirée par derrière sur le malade à une distance de 2 mètres. La balle après avoir pénétré derrière l'insertion du pavillon avait pénétré dans l'antre et donné lieu à une nécrose considérable et à la surdité.

La Société discute ensuite la proposition au sujet de l'organisation d'un Congrès de Chirurgie et de Médecine Américaine. On procède ensuite à l'élection du Comité pour l'année 1887.

Sont nommés : *Président*, Dr J.-S. Prout de Brooklyn, *Vice-Président :* Dr S. Sexton de New-York; *Secrétaire-Trésorier :* Dr J.-J.-B. Vermyne de New-Bedfort; *Membres du Comité :* MM. les Drs Gorham Bacon, W.-S. Little et E.-W. Bartlett.

Les docteurs dont les noms suivent sont nommés membres de l'Association. MM. J.-B. Emerson de New-York ; J.-O. Jansley, de New-York; J.-L. Minor, de New-York; Huntington Richard de New-York et J.-Y. Sutphen de Newark.

COMPTE RENDU DE LA 59e RÉUNION

DES

NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A BERLIN

TENUE A BERLIN DU 18 AU 24 SEPTEMBRE 1886

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Séance du 20 septembre 1886 (1).

Présidence de M. B. FRAENKEL (Berlin).

M. EXNER (Vienne) fait une communication avec démonstrations **sur les nerfs laryngés.**

M. SEMON (Londres) : **Paralysie des abducteurs et non contracture des adducteurs**. — L'auteur rapporte le résultat des expériences faites par lui et M. Horsley sur la physiologie des nerfs laryngés et la contractilité postmortelle des muscles de cet organe.

Se basant sur ces expériences, sur des observations cliniques et sur des faits analogues observés dans les nerfs des autres parties du corps, M. Semon arrive à conclure que la position médiane d'une ou des deux cordes vocales, doit être regardée dans la plupart des cas comme phénomène d'une paralysie primitive du ou des abducteurs et non comme le disent Hooper et F. Donaldson cadet et Krause, comme une contracture névropathique de tous les muscles du larynx, animés par le récurrent.

C'est seulement dans quelques cas fort rares qu'on pourrait admettre que la position médiane des cordes vocales, était un phénomène névropathique d'irritation des muscles laryngés. L'auteur fera, du reste, paraître sous peu un ouvrage sur ce sujet et nous aurons alors l'occasion de revenir plus en détail sur cette importante question.

Dans la discussion, M. Krause (Berlin), combat cette théorie et critique les expériences de MM. Semon et Horsley. Il ajoute que cette question étant donnée la difficulté qu'elle présente ne pourrait être tranchée dans cette réunion.

(1) D'après le *Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte in Berlin*, 18-24 septembre 1886.

M. Meschede (Kœnigsberg) rappelle un cas de paralysie des deux abducteurs traité par M. Burow et reproduit dans ses planches laryngoscopiques, qui fut guéri par des injections de strychnine. Ce cas parle en faveur de la théorie de paralysie des abducteurs.

M. Remak (Berlin) croit qu'on arrivera plutôt à résoudre cette question par les observations cliniques et anatomo-pathologiques, que par l'expérience. Il ajoute que s'il y a lieu d'appliquer aux nerfs laryngés les lois connues dans la névropathologie sur les contractures périphériques, il faudrait admettre pour expliquer la contracture des adducteurs une origine réflexe, l'irritation des nerfs purement moteurs ne produisant que des contractions cloniques.

M. B. Fraenkel fait observer que spasme ou paralysie des cordes vocales peuvent se reconnaître au laryngoscope par la tension des cordes vocales.

M. Reichert rapporte un cas de position médiane des cordes vocales dans lequel des pulvérisations à la cocaïne avaient amené un peu d'amélioration des troubles respiratoires.

M. P. Heymann communique un cas de « railway-spine » dans lequel il était survenu entre autres symptômes de l'aphonie spasmodique.

Stoerk (Vienne) : **Du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.** — Le traitement consiste dans des injections astringentes dans le sinus maxillaire à l'aide de petites seringues munies d'un embout courbé ou d'un embout droit avec orifice latéral.

Mikulicz avait proposé au dernier Congrès des chirurgiens allemands la perforation du cornet inférieur et de la paroi du maxillaire.

M. Tornwaldt (Dantzig) croit avec M. Ziem que la suppuration du sinus maxillaire est plus fréquente qu'on ne le pense, mais qu'elle existe sans provoquer des symptômes ordinairement connus.

[illegible]

Séance du [illegible]

Présidence de M. [illegible]

M. Schrötter [illegible] sur un **cas extrêmement grave de diphtérie** [illegible]

Deux jours après [illegible]

[illegible] des cordes vocales à l'angle antérieur et postérieur [illegible] avec le [illegible] avec des [illegible]

M. Strübing (Greifswald) parle d'**une forme rare d'œdème du larynx** qu'on observe associé à un œdème de la muqueuse pharyngée et de la peau et qui seraient dus à une angionévrose des dilatateurs des vaisseaux.

M. Reichert (Rostock) : **Du traitement de la trachéite et bronchite chroniques.** — Il parle d'abord de l'étiologie de ces affections et dit qu'on les rencontre souvent dans les cas de goître, d'anévrysmes, de maladies de cœur et de catarrhe chronique des sommets. Leurs symptômes sont une toux fréquente, une douleur tout le long de la trachée et parfois un épaississement circonscrit de la muqueuse trachéale au niveau du tiers supérieur de la paroi postérieure.

Quant au traitement, il propose, pour le catarrhe chronique de la partie supérieure de la trachée, des pulvérisations avec de l'huile d'Eucalyptus (1 : 50), de l'huile de menthe (1 : 200), ou avec des petites quantités de solutions au tannin de 10 à 20 0/0. Il emploie un appareil qui permettrait aux liquides médicamenteux d'entrer dans la partie supérieure de la trachée. Pour le catarrhe chronique de la partie inférieure de la trachée et des bronches, il fait des injections laryngoscopiques avec les mêmes médicaments.

M. Schnitzler (Vienne) doute que les médicaments entrent assez profondément et en assez grande quantité dans les voies aériennes.

MM. Schlesinger et Tobold disent que toutes les fois qu'on essaie d'introduire des liquides au-dessous de la glotte, on voit survenir des spasmes de la glotte.

M. Reichert combat les observations de M. Schnitzler.

Présidence de M. Störk (Vienne).

Hering (Varsovie) : **De la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx**; Il reproduit la communication faite à la dernière séance générale de la Société française d'otologie et de laryngologie (Voir *Revue* n° 7, 1886, p. 385).

Schmidt (Francfort-sur-Mein) : **De la trachéotomie dans la phtisie laryngée.** — Le rapporteur a fait 8 fois la trachéotomie dans les cas de phtisie laryngée avec dyspnée. L'utilité de la trachéotomie consiste non seulement en ce qu'on donne libre accès à l'air pour l'hématose, mais cette opération évite que l'air franchissant les parties sténosées du larynx exerce une action thermique et mécanique sur ce dernier.

Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Il faut faire la trachéotomie sans attendre trop longtemps quand il y a de la sténose;

2° On doit la pratiquer dans les cas où l'affection laryngée est relativement plus grave que l'affection pulmonaire, quand même il n'y aurait pas de sténose ;

3° Dans les cas où l'affection laryngée prend une marche rapide, même avant que la sténose ne survienne ;

4° Surtout s'il existe en même temps de la dysphagie.

Krause (Berlin) : **Du traitement de la phtisie laryngée.** — Il revient sur ses communications antérieures et affirme de nouveau que l'acide lactique est un excellent moyen pour faire cicatriser les ulcérations tuberculeuses du larynx. Aucun ulcère ne résisterait à ce traitement, pourvu que l'état général du malade ne fût pas trop mauvais (ce qui serait une contre-indication pour l'emploi de l'acide lactique) et pourvu que l'application de ce remède soit faite soigneusement par une main habile. Le plus ou moins de douleurs et quelques accès de spasme de la glotte ne sauraient être un obstacle insurmontable dans l'emploi d'un médicament apte à guérir les ulcérations tuberculeuses du larynx.

M. Schroetter confirme les résultats du traitement par l'acide lactique.

M. Schnitzler rappelle qu'il a toujours soutenu la curabilité de la tuberculose laryngée, et sans vouloir atténuer la valeur de l'acide lactique il croit avoir obtenu de meille résultats par l'emploi de l'iodoforme.

M. Krause insiste de nouveau sur l'état général des m

des et sur la technique soigneuse dans l'application de l'acide lactique.

M. Rosenberg a obtenu de très bons résultats en laissant tomber jour par jour des gouttes (1-2 gr.) d'une solution huileuse de menthol (1 : 5) sur les ulcérations. L'action du menthol serait : 1° anémisante; 2° analgésique; 3° antiparasitaire. Le menthol est le seul remède antiparasitaire qui puisse être introduit dans l'organisme aussi concentré.

M. Betz (Mayence) rapporte deux cas de trachéotomie faite chez des femmes atteintes de tuberculose laryngée dans le dernier mois de leur grossesse.

M. B. Fraenkel dit que ce n'est que depuis la découverte du bacille de la tuberculose par M. Koch que nous possédons une preuve sûre de la curabilité des ulcérations tuberculeuses. L'acide lactique et le menthol sont des moyens précieux contre la tuberculose.

M. Schroetter combat quelques indications pour la trachéotomie émises par M. Schmidt.

Séance de l'après-midi.

M. Hering (Varsovie : **Contribution à l'étude du traitement de la phtisie laryngée.** — Inspiré par les travaux de M. Schmidt et M. Krause, le rapporteur a employé l'acide lactique dans les cas d'ulcérations tuberculeuses du larynx, il donne sur une table les résultats de 22 cas et résume sa communication déjà faite à Paris (voir *Revue* n° 7, p. 387). *(A suivre.)*

Dr Lichtwitz.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

Papillome corné du larynx (*Ein verhornter Papillom des Kehlkopfes*), par le Professeur-Docteur JURASZ.

Un malade, âgé de cinquante-quatre ans, se présente à la clinique du professeur Jurasz le 16 novembre 1883. Rauque depuis plus d'un an, sa voix a diminué progressivement depuis trois mois pour devenir enfin complètement éteinte.

La déglutition et la pression sur le larynx sont douloureuses.

L'examen laryngoscopique relève une tumeur gris-blanchâtre, rugueuse, occupant la corde vocale droite dans toute son étendue, et faisant saillie dans le ventricule de Morgagni. En examinant de plus près, la tumeur se montre composée d'un groupe de proéminences coniques et aiguës serrées les unes contre les autres, ayant entre elles de profondd interstices. Jurasz enlève la tumeur avec sa pince, mais cette dernière avait une forte tendance à récidiver malgré des cautérisations énergiques avec la pierre infernale (V. Bruns a souvent fait la remarque, qu'il ne faut pas cautériser les papillomes avec du nitrate d'argent, parce que celui-ci semble plutôt favoriser la récidive).

Malgré une laryngite catarrhale intense survenue au mois de décembre, la tumeur était complètement enlevée le 5 janvier 1884, de sorte que le malade trouvait sa voix mieux timbrée et plus pure que jamais. Malgré l'insistance de Jurasz, le malade ne revient qu'au mois d'août, non seulement tout à fait aphoné, mais aussi avec de la dyspnée. Il y avait récidive sur toute la corde vocale, accompagnée d'accès de toux spasmodique. Le malade se soustrait ensuite au traitement parce que Jurasz avait laissé enlever des tumeurs par ses élèves!

A l'examen microscopique, le néoplasme se montre comp d'un grand nombre de proéminences très fines, coniques très serrées, qui, de grandeur inégale, s'élèvent jusq 8 millim. au-dessus du niveau de la muqueuse ; au touch

elles donnent la sensation de produits pathologiques hératinisés du revêtement épidermique dont elles présentent cette même propriété à savoir que, durcies dans de l'alcool, elles deviennent très cassantes et se broyent au moindre attouchement un peu rude.

L'examen microscopique, dont le Dr Baenziger a donné une description très détaillée; il révèle, entre autres choses, cette substance de l'épiderme appelé par Ranvier « Eleidine » qui fait reconnaître dans la tumeur un papillome qu'on ne pourrait mieux comparer qu'au « cornu cutaenum ». (*Separat. Abdr. aus Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 5, 1886.)

BAYER.

Paralysies des dilatateurs, symptôme initial du tabes dorsalis, par le prof. A. WEIL, de Heidelberg.

L'auteur publie un cas de tabes dorsalis qui débuta par des symptômes laryngés particuliers. Le malade, âgé de quarante-neuf ans, pilote sur un des grands fleuves d'Allemagne, vint consulter le Dr Weil à la suite d'une grande émotion qui avait été produite par l'imminence d'une collision de son navire avec un autre bateau. Sa voix devint rauque et immédiatement après il fut pris, pendant environ dix minutes, de dyspnée très intense avec respiration bruyante. Onze mois plus tard il eut une seconde attaque du même genre; depuis lors, après le moindre exercice violent, sa respiration devient difficile et bruyante. On constate à l'examen laryngoscopique que pendant l'expiration, l'orifice glottique mesure un espace d'environ trois millimètres, mais pendant l'inspiration, il est simplement linéaire. Phonation normale. Ces symptômes diffèrent de ceux qui se produisent d'ordinaire dans les crises laryngées de ce genre : 1° Il n'existait pas d'état paroxystique distinct, mais un *état morbide permanent* qui s'aggravait à la suite d'un exercice physique ou d'une excitation mentale; 2° Pas de toux. L'auteur ne se prononce pas sur la question de savoir s'il s'agit d'une paralysie de l'abducteur ou d'un spasme des adducteurs, il est cependant porté à admettre une paralysie des dilatateurs. L'auteur

donne une liste des cas de ce genre observés jusqu'à ce jour; il conclut à la nécessité d'examiner les malades au point de vue du tabes dans les cas de paralysies subites des cordes vocales (*Journ. of nervous and ment. Diseases*, mai 1886, d'après le *Berl. Klin. Wochenschrift*, 29 mars 1886).

Dr J. Ch.

Laryngite striduleuse, par le Dr Cadet de Gassicourt.

L'auteur rapporte trois cas de cette affection, dont deux furent assez graves pour nécessiter la trachéotomie; dans un autre, la canule fut gardée huit ans à cause des accès spasmodiques survenant dès qu'on voulait l'enlever.

Dans la discussion qui suit, *M. Ory* dit avoir amélioré un enfant atteint d'accès subintrants avec des lavements d'asafœtida et de bromure de potassium. *M. Huchard* signale trois cas de laryngite striduleuse grave, et il insiste sur la nécessité de donner du bromure à doses massives.

M. Cadet de Grassicourt partage l'opinion de M. Huchard sur l'emploi du bromure, auquel on pourrait associer les injections hypodermiques d'éther (*Soc. médico-pratique*, séance du 22 mars, et *Union médic.*, 17 avril 1886).

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne,
par le Dr Richelot.

La trachéotomie chez l'adulte est dangereuse et, en choisissant, quand on le peut, la laryngotomie, on s'épargne des difficultés opératoires dont les plus habiles ne sortent pas toujours victorieux.

A l'appui de cette opinion, Richelot apporte cinq observations :

I. — La première a trait à un individu de soixante ans chez lequel la laryngotomie fut faite comme opération préliminaire avant l'ablation d'un épithélioma très étendu de la base de la langue. L'opération fut très facile et l'on put placer dans l'espace crico-thyroïdien une canule de 9 millimètre Le cricoïde fut sectionné et permit de placer plus facil ment la canule.

II. — Homme de cinquante ans, tumeur épithéliale de

base du pharynx, accès de suffocation, dyspnée continuelle, tirage, cyanose. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne permet d'introduire facilement et sans accidents la canule à bec de Krishaber de 9 millimètres. La gêne respiratoire ayant plus tard reparu, M. Richelot put, après avoir sectionné le cricoïde, introduire une canule plus grosse.

III. — La troisième observation est analogue à la précédente.

IV. — Il s'agit d'un rétrécissement syphilitique du larynx. Le malade, âgé de trente-huit ans, fut opéré en 1884. En décembre 1885 le malade parlait distinctement en voix chuchotée et respirait bien à l'aide de sa canule parfaitement tolérée depuis 19 mois.

V. — Le cinquième malade était atteint d'un cancer de la base de la langue. La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne fut faite en moins d'une minute. M. Richelot pense qu'à part des cas très rares il doit en être toujours ainsi. Peut-on en dire autant de la trachéotomie chez l'adulte?

M. Richelot fait ressortir les dangers de la trachéotomie chez l'adulte qui est loin, dit-il, d'être, comme le disait Trousseau, « une opération simple, facile et sans danger, et que tout médecin, même étranger aux mouvements de la chirurgie, peut entreprendre sans hésitation et pratiquer sans crainte. » Il décrit ensuite le manuel opératoire. Il est des plus simples : incision à la peau (après avoir tracé les points de repère, pomme d'Adam et saillie du cricoïde), on traverse d'un seul coup le tissu cellulaire jusqu'à la membrane; on donne un coup de pointe à la membrane et l'on introduit la canule à bec de Krishaber qui dispense d'un dilatateur.

La laryngotomie chez l'adulte est donc plus facile, plus rapide que la trachéotomie et ne donne lieu à aucune hémorragie sérieuse. Le bistouri est préférable au thermo-cautère. L'incision de la membrane inter-crico-thyroïdienne suffit pour faire pénétrer la canule. Exceptionnellement, on doit inciser le cricoïde. Cette canule doit être à bec et ne pas dépasser 10 millimètres. L'ulcération de la muqueuse trachéale n'est

pas à redouter, quoi qu'en ait dit M. Desprès. On n'observe pas non plus de troubles de la déglutition. Quand la maladie descend trop bas, on est obligé de faire la trachéotomie. (*Union Médicale*, 11 avril et mai 1886.) Dr J. Charazac.

Un cas d'extirpation totale du larynx (*A case of total extirpation of the larynx*), par le Dr Roswell.

Homme, âgé de 63 ans. Au moment de l'opération présentait les conditions suivantes : douleurs lancinantes se portant du larynx à l'oreille gauche. Aphonie complète, respiration difficile, pouls rapide. Le malade dort peu et souvent, est obligé de dormir assis, à cause de la dyspnée. Il perd chaque jour ses forces. La bande ventriculaire gauche est le siège à son tiers antérieur d'une tumeur arrondie, de couleur rouge sombre et de consistance très dure; elle ressort sur la muqueuse qui l'entoure et qui est congestionnée. Les cordes vocales sont complètement recouvertes par le néoplasme et bien qu'il n'y ait pas d'ulcération, l'épiglotte et les bandes ventriculaires sont très sensibles lorsqu'on les touche avec la sonde. L'orifice du larynx est très étroit, et s'étant subitement rétréci davantage, on dut pratiquer la trachéotomie.

Le larynx fut enlevé ainsi que le premier anneau de la trachée. La partie supérieure de l'épiglotte et ses attaches latérales avec la langue furent respectées. Le sang soigneusement arrêté, on fit un pansement à la gaze iodoformée. Le patient guérit vite et le malade put bientôt avaler des aliments solides, respirer par le nez et parler en chuchotant jusqu'à ce qu'on put lui appliquer la canule de Gussembauer qui lui permit de parler distinctement.

Six mois après l'opération le malade avait repris ses occupations habituelles. L'examen histiologique de la tumeur démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma type. (*Annals of surgery*, février 1886.) Bryson Delavan

---

Rétrécissement syphilitique de la trachée
par le Dr Gouguenheim.

S., soixante ans, syphilitique, entre à l'hôpital pour d violents accès de suffocation presque continuels. A l'exam

laryngoscopique, on ne trouve rien au larynx ; d'ailleurs, le bruit de cornage avec intégrité de la voix avait déjà fait supposer que l'obstacle n'était pas laryngé. Il était d'ailleurs assez bas, puisque l'examen des premiers anneaux de la trachée ne permet pas de l'apercevoir.

Des injections de morphine ramènent le calme et 10 jours de traitement ioduré font disparaître complètement la lésion ; mais le malade, malgré les conseils, cesse le traitement, et revient dans un état aussi grave que la première fois ; le traitement à l'iodure de potassium eut encore raison des accidents. On dut cependant élever la dose et en donner jusqu'à 10 grammes.

Le siège du rétrécissement à la partie inférieure est une contre-indication de la trachéotomie. M. Gouguenheim recommande l'emploi de l'iodure à haute dose (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, février 1886). Dr J. Ch.

Cancer primitif de la trachée *(Primary cancer of the trachea)*, par le Dr E. C. Beebz.

Dans cette étude remarquable, l'auteur, après une bibliographie complète du sujet, rapporte en détail six cas sur neuf cas publiés et une observation inédite dans laquelle, à l'autopsie, on trouva un cancer médullaire occupant les parois de la trachée dans les deux tiers moyens et inférieurs ; l'infiltration cancéreuse avait atteint les parois dans leur portion externe. Le calibre de la trachée était rétréci au point de laisser passer à peine une sonde très fine, et au premier abord paraissait complètement obstrué. Le malade était mort d'un accès de suffocation (*The Hahnemannian Monthly*, septembre 1885). B. Delavan.

Note sur un mode de conservation des miroirs pharyngiens et laryngiens, par le Dr Ziem, de Dantzig.

Le Dr Ziem recommande de chauffer les miroirs toutes les fois qu'on s'en est servi et qu'on les a lavés. D'après lui, c'est surtout l'eau qui s'insinuant entre le sertissage et le tain ternit les miroirs ; c'est en effet sur les bords que ces derniers commencent à se ternir (*Monatsschr. f. Ohrenh*, n° 5, mai 1886).

L. L.

OREILLES.

Compte rendu des maladies de l'oreille traitées à la clinique Otiatrique de l'Université de Berlin du 1er avril 1881 au 1er avril 1884 (*Bericht über die vom 1er april 1881 bis 1er april 1884 in der otiatrischen Universitats Klinik zu Berlin behandelten Ohrenkranken*), par le Dr L. Jacobson, assistant.

Cette publication offre un intérêt particulier parce que l'auteur rend compte d'un certain nombre de cas, qui furent traités avec des injections sous-cutanées d'hydrochlorate de pilocarpine. Dans tous les cas (au nombre de 35) il s'agissait d'une affection de l'appareil percepteur des sons, combinée 15 fois avec une affection de l'oreille moyenne. En provoquant une sudation énergique et une sécrétion salivaire abondante on cherchait à obtenir la résorption d'exsudats et de produits inflammatoires non organisés de l'oreille interne. La pilocarpine fut injectée à la dose de 0,005 à 0, 01 centigr. selon l'âge et la constitution du malade, tous les 3 jours, quelquefois moins souvent, quelquefois tous les jours chez des malades très robustes. Généralement on commençait avec des injections plus faibles et quand le malade arrivait à bien les supporter on augmentait la dose, sauf à la diminuer quand l'effet produit devenait trop énergique. Il ne se produisit jamais de symptômes graves d'intoxication, tels que des syncopes, de l'arythmie du pouls, du collapsus, de la dyspnée. Quelquefois cependant on observait des effets concomitants, sinon aussi graves au moins désagréables, comme des nausées, des vomissements, de la diarrhée et de légers vertiges. Pour activer l'effet on enveloppait les malades dans des couvertures de laine, ils y restaient pendant 2 heures.

Le degré de la sudation et de la sécrétion salivaire, variai- selon les individus, aussi semblait-il, qu'après plusieurs injections, la sécrétion devint plus abondante qu'au commencement. Quant au résultat thérapeutique final, l'auteur est de l'avis de son chef, le professeur Lucae, qui donne l'appréc. tion suivante : dans la plupart des cas, surtout dans les c invétérés, on n'a à enregistrer que des insuccès à cô d'améliorations de l'ouïe insignifiantes sans valeur pratiq

cependant on obtient parfois, quoique bien rarement, une amélioration considérable qui se maintient. De sorte que dans les affections chroniques du labyrinthe, au lieu d'abandonner tout espoir, on devrait essayer les injections de pilocarpine. Jacobson insiste encore sur ce fait que Lucae ait obtenu quelques succès, quoique bien rares dans des affections chroniques du labyrinthe. Il donne ensuite la description des cas les plus intéressants au point de vue otologique. (*Separat. abdruct aus dem Archiv f. Ohrenheilkunde* XXI Bd.)

BAYER.

Chéloïde du lobule de l'oreille chez les Esquimaux.

M. Hastrup a examiné sept individus atteints d'une tumeur spéciale du lobule de l'oreille, et il pense qu'il existe d'autres sujets atteints de cette affection dans le Groënland du Nord. C'est une tumeur solide, fibreuse qui siège au lobule de l'oreille. Dans quatre cas, elle était unilatérale; dans les trois autres, elle était bilatérale : sa grosseur variait du volume d'une noisette à celui d'un gros poing d'enfant. Quand elle était très volumineuse, elle attirait en bas le volume de l'oreille et descendait jusque sur l'épaule. On ne rencontre cette tumeur que chez les femmes, et elle naît au pourtour de l'orifice destiné à recevoir les boucles d'oreille; elle est absolument indolore, et son développement s'est fait lentement. Les hommes, qui aussi portent des anneaux dans les oreilles, n'en sont jamais atteints.

M. Hastrup regarde ces tumeurs comme des chéloïdes analogues à celles que l'on rencontre chez les négresses. (*Hospitals-Tidende*, 18 août 1886.)

Otite consécutive à des instillations d'acide sulfurique (*Otitis from sulfuric acid*), par le Dr MOSZINSKI.

Deux jeunes conscrits, pour s'exempter du service militaire, pratiquèrent une instillation d'acide sulfurique dans oreille. Il en résulta une otite aiguë des plus violentes et un d'entre eux mourut de méningite. A l'autopsie on constata une carie de la selle turcique (*The Lond. Med. Record*,

11 mai 1886, et *Proceedings of the Vilna Med. Soc.*, n° 5, 1885). Dr J. Ch.

Considérations générales sur les écoulements d'oreille, par le Dr Foucher.

L'auteur insiste sur la manière de traiter les écoulements d'oreille, sur les dangers qu'ils peuvent faire naître non-seulement au point de vue de l'audition, mais encore au point de vue de la vie du malade. Il s'élève avec force contre cette opinion encore admise de nos jours par certains praticiens, qui voient dans les écoulements de l'oreille un émonctoire pour les *humeurs mauvaises*. (*Union médicale du Canada*, février 1886.) Dr J. Ch.

Traitement de l'otorrhée ulcéreuse (*The treatment of ulcerative otorrhea*), par le Dr Arthur E. Barker.

L'auteur recommande les cautérisations des parties ulcérées avec une teinture forte de perchlorure de fer. On a soin, après avoir pratiqué la cautérisation, de dessécher l'ulcération avec du coton et de recouvrir de poudre d'iodoforme les parties malades. (*The Brit. med. Journ.* 26 juillet 1886.)

Dr J. Ch.

Les fonctions de la membrane du tympan démontrée par la clinique (*The fonctions of the membrana tympani illustrated by disease*), par le Dr W.-B. Dalby.

Dans ce travail, basé sur des observations cliniques, l'auteur se propose de démontrer :

1° Que des modifications très étendues dans la structure du tympan peuvent se produire sans que l'audition soit compromise.

Ainsi l'on voit chez certains individus des plaques calcaires occuper la moitié du tympan et parfois une surface plus considérable, bien que l'audition soit absolument normale ; et cependant dans les dépôts de ce genre le tympan est trois à quatre fois plus épais qu'à l'état normal. On voit cependa des malades présentant des lésions de ce genre et chez le quels l'audition est très diminuée; il est à croire que dans l

cas de ce genre la perte de l'audition est due à des modifications indépendantes de celles qui affectent la membrane. Dans les cas de ce genre il est facile à l'aide du diapason de démontrer que la diminution de l'ouïe est due à une altération du milieu conducteur et non de l'appareil nerveux.

2° Une perte de substance de la membrane du tympan n'amène pas nécessairement une altération de ses fonctions, pourvu que le support ligamenteur qu'elle fournit à la chair des osselets ne soit pas lésé.

Dans les cas de perforation accidentelle du tympan par une épingle, l'audition n'est en aucune façon altérée; dans les cas de ce genre la guérison s'effectue au bout de trois ou quatre jours. Les pertes de substances du tympan consécutives à l'otorrhée viennent encore à l'appui de cette opinion. Règle générale : on peut dire que l'audition est d'autant mieux conservée que la perforation est plus grande et s'est produite de meilleure heure préservant ainsi de l'inflammation les organes contenus dans la caisse *(Amer. journ. of the Méd. Science*, juillet 1886). Dr Gorham Bacon.

Moyen de conserver ouverte une perforation de la membrane du tympan *(Keeping perforation of the membran tympani open)*, par le Dr M'Keown.

A l'Académie de Médecine d'Irlande le Dr M'Keown décrit une méthode de perforation artificielle du tympan que l'on peut conserver ouverte pendant un espace de temps qui varie de quinze jours à deux mois. Il taille dans la membrane, en avant ou en arrière du manche du marteau, un lambeau triangulaire. Le lambeau formé, si la membrane n'est pas trop épaissie, s'abaisse en dehors; il est d'ailleurs facile de lui faire prendre cette position à l'aide d'une petite sonde; le lambeau est maintenu par le sang qui s'écoule de la section et qui se coagule au-dessus de lui. L'auteur a pratiqué un grand nombre d'incisions de ce genre. Il ne fait pas cette opération dans le but d'ouvrir aux ondes sonores une voie artificielle, mais pour procurer une assez longue période de repos à l'oreille et amener un équilibre nerveux et vasculaire

favorable à l'absorption des exsudats et au rétablissement de la fonction. Ce traitement seul lui a permis de vaincre certains cas d'obstruction très prononcés et très anciens de la trompe d'Eustache (*The Dublin journ. of Med. Sc.*, avril 1886). Dr J. Ch.

Étude clinique des complications auriculaires de l'ozène, par le Dr A. S. Wyss, de Genève.

Le Dr Wyss rappelle les opinions énoncées par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'ozène. Ces opinions, absolument contradictoires, lui ont donné l'idée de ce travail basé sur soixante observations, dans lesquelles il a recherché : 1° les lésions auriculaires existantes; 2° les rapports qui peuvent exister entre l'affection nasale et la lésion de l'appareil auditif. Mais avant d'entrer dans l'étude de chaque cas particulier, l'auteur consacre quelques pages à l'étude de l'ozène, son étiologie, ses complications.

Le terme ozène est pour lui synonyme de rhinite chronique fétide atrophique. La première et véritable cause de l'ozène n'est pas bien connue; le Dr Wyss serait porté à admettre la théorie trophonévrotique de Morell-Mackenzie (1). Certaines lésions des oreilles, l'otite scléreuse, par exemple, d'après certains otologistes, serait le résultat des troubles trophonévrotiques. Cette théorie permettra donc de mieux saisir les rapports qui existent entre l'ozène et certaines lésions auriculaires graves qui sont considérées comme en étant des complications.

Parmi les causes étiologiques de l'ozène on doit citer : l'hérédité, la tuberculose des organes respiratoires, les maladies éruptives et infectieuses. Quant aux complications on les voit se produire du côté des yeux, de la bouche, du larynx, du système ganglionnaire et des oreilles. Ce sont ces dernières que l'auteur se propose d'étudier surtout.

Dans cette étude, après avoir examiné par les moyens ordinaires les lésions anatomiques, l'auteur passe à l'exan

(1) Morell-Mackenzie. *Traité des maladies du nez*. Traduction Mou J. Charazac (sous presse).

fonctionnel de l'ouïe à l'aide de l'acoumètre de Politzer, du diapason (épreuve de Weber, de Rinné et de Schwabach), du sifflet de Galton, du langage murmuré.

Les soixante cas d'ozène examinés par M. Wyss peuvent se ranger en trois classes :

1° Cas d'ozène sans symptômes ni lésions auriculaires appréciables. 13 cas = 21,6 0/0.

2° Cas d'ozène présentant des symptômes et des lésions auriculaires n'occasionnant pas la surdité. 32 cas = 53,4 0/0.

3° Cas d'ozène présentant des symptômes et des lésions auriculaires avec surdité. 15 cas = 25 0/0.

L'auteur rapporte sommairement l'histoire de tous ces malades et décrit les lésions qu'ils présentent; il les remet ensuite sous forme de tableaux destinés à faciliter l'étude comparative des lésions auriculaires. Il entre ensuite dans des considérations sur les trois différentes classes des malades. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette étude, nous nous bornerons à donner les conclusions qu'il croit devoir en tirer.

Conclusions générales. — 1° L'ozène est très fréquemment compliqué de lésions auriculaires. La participation de l'espace naso-pharyngien au processus inflammatoire prédispose à ces lésions. Les complications auriculaires se développent de préférence du côté où les lésions de l'ozène sont plus intenses.

2° Dans la moitié des cas les lésions auriculaires ne sont pas accompagnées de symptômes subjectifs, bruits d'oreilles ou surdité.

Ce sont : ou bien des résidus d'anciens processus inflammatoires de la période hypertrophique de l'ozène, épaississements du tympan, calcification, ou bien des lésions de la période atrophique, altération du pavillon de la trompe, insuffisance fonctionnelle (collapsus) du canal tubaire; enfoncement et raréfaction du tympan.

3° Dans un quart des cas les complications auriculaires sont plus graves, elles se produisent pendant la période atrophique et sont accompagnées généralement de surdité et de

sensations subjectives. Les affections que nous avons constatées sont :

L'otite catarrhale aiguë ou subaiguë avec ou sans exsudat.

L'otite suppurée aiguë ou chronique.

L'otite moyenne chronique sèche avec ou sans labyrinthite ;

4° Le traitement des complications auriculaires est le même que celui des affections auriculaires en général.

Considérations spéciales. — 1° La voix murmurée est un moyen de diagnostic beaucoup plus sensible que l'acoumètre;

2° L'épreuve de Wéber est un moyen précieux pour découvrir des lésions auriculaires unilatérales ou plus prononcées d'un côté, dans tous les cas où il n'existe pas de lésions de l'oreille interne;

3° L'épreuve de Rinne est toujours négative dans les lésions de l'oreille moyenne avec surdité prononcée et bruits subjectifs continus. Elle est positive dans tous les cas d'otite chronique compliquée de labyrinthite;

4° La durée de perception du diapason placé sur le vertex ou devant les oreilles est généralement considérablement raccourcie chez les personnes atteintes d'ozène. C'est ce qui la rend impropre comme moyen de diagnostic entre les affections de l'oreille moyenne et interne;

5° Un abaissement considérable de la limite supérieure ou l'existence de lacunes dans la perception du sifflet de Galton permettent de diagnostiquer une lésion de l'appareil de perception (*Genève. Revera et Dubois*, 1886).

Dr J. Charazac.

Maladies de l'oreille chez l'enfant (*Diseases of the ear in Childhoud*), par le Dr Ramsdell.

L'auteur insiste sur la nécessité de reconnaître et de traiter rapidement les affections de l'oreille chez l'enfant. Un grand nombre de sourds-muets le sont devenus à cause l'incurie des médecins et parfois aussi de leur ignorance cet égard (*The med. Record*, 29 mai 1886).

Dr J. Ch.

Exostose de l'apophyse mastoïde. Opération, guérison, par M. le Dr Florency.

Mlle L... vingt-cinq ans, porte depuis trois ans derrière l'oreille gauche une tumeur contre laquelle on a, mais en vain, fait usage de tous les résolutifs. Cette tumeur, du volume d'une noisette, siège sur l'apophyse mastoïde; elle amène des douleurs intolérables; mais la tumeur elle-même est indolore, ainsi que le démontrent deux explorations faites avec des aiguilles. Diagnostic : exostose. L'opération faite le 29 juin justifie le diagnostic. La tumeur est enlevée avec la gouge. Dix mois après l'opération on ne trouve encore ni douleur, ni tuméfaction, ni quoi que ce soit qui fasse craindre une récidive (*Paris médical,* 3 avril 1886). Dr J. Ch.

Quelques-unes des formes les moins communes d'affections mastoïdiennes (*Some of the less common forms of mastoïd diseases*), par le Dr Orn Green.

Green rapporte deux cas d'affection mastoïdienne; les caractères particuliers de chacun d'eux sont les suivants : 1° le gonflement et l'œdème de la surface extérieure de l'os malade au début de l'inflammation, qui diminuèrent plutôt qu'ils n'augmentèrent quand survint la suppuration; 2° la suppuration n'avait pas son siège au-dessus du périoste de la surface externe mais dans le cou au-dessous l'os, sous le tendon du sterno mastoïdien et, à n'en pas douter, au-dessous du périoste de la face postéro-inférieure de l'extrémité de l'apophyse mastoïde (*Boston Med. and Surg. journ.,* 15 avril 1886). Dr Gorham Bacon.

Maladies du cerveau résultant des affections de l'oreille et du temporal (*Diseases of the Brain resulting from affection of the ear and temporal bone*), par le Dr Mathewson, de Brooklyn.

La paroi supérieure du conduit externe forme une portion du plancher de la fosse moyenne de la cavité du crâne, elle est souvent très mince et parfois même elle est perforée (Gruber, Politzer, et Hyrtl), de sorte que la dure-mère est en contact immédiat avec les parties molles de l'oreille, particu-

larité qui favorise singulièrement la propagation d'une inflammation au cerveau.

Les relations qui relient l'oreille moyenne au cerveau sont encore plus étroites. L'auteur les énumère; il fait remarqur que, chez l'enfant, les cavités mastoïdiennes sont plus considérables que chez l'adulte; en outre, chez lui, il existe entre la portion écailleuse et la portion pierreuse du temporal une bande de tissu conjonctif qui s'étend de la dure-mère à la cavité du tympan et qui explique la fréquence de l'inflammation cérébrale consécutive à une otite chez les jeunes enfants.

Le danger de la propagation au cerveau d'une inflammation de l'oreille n'est pas un fait purement théorique.

Les abcès intra-craniens, d'après les statistiques proviennent d'une affection de l'oreille dans un grand nombre de cas (23 à 55 0/0 des cas). Une des voies les plus fréquentes par laquelle l'inflammation de l'oreille se propage au cerveau est l'apophyse mastoïde. Il existe quelques cas de mastoïdite indépendante d'une affection de l'oreille moyenne; tout comme les autres elles peuvent se propager au cerveau ; mais la propagation peut aussi se faire par l'intermédiaire du labyrinthe.

Cette propagation peut donner naissance à la méningite, à un abcès du cerveau, à la phlébite des sinus.

L'auteur, en terminant, rapporte six observations d'un premier cas de méningite chez un homme de 40 ans à la suite d'une otorrhée consécutive à la scarlatine. La trépanation de l'apophyse mastoïde ne réussit pas à sauver le malade. Un second, chez une fille de onze ans, otorrhée et polype de l'oreille. Méningite, abcès du cerveau et du cervelet constaté à l'autopsie.

La troisième observation est analogue à la seconde. Dans la quatrième le malade, âgé de 27 ans, mourut avec des symptômes cérébraux consécutifs à une otite moyenne suppurée On trouva à l'autopsie un épithélioma de la portion nerveus du temporal.

Chez le cinquième malade, on trouva à l'autopsie u

carie de la voûte tympanique avec méningite basilaire.

On ne put faire l'autopsie dans le sixième cas. La malade, une fille de dix ans, mourut probablement à la suite d'une otorrhée (*The N.-Y. med. Journ.*, 12 juin 1886).

Dr J. CHARAZAC.

Maladies syphilitiques de l'oreille interne (*Syphilitic diseases of the internal Ear*), par le Dr C. H. BURNETT.

Burnett, dans ce travail, pense que les guérisons publiées comme étant des cas d'affection syphilitique du limaçon ont été probablement obtenues par le traitement d'une affection de l'oreille moyenne, à laquelle on peut remédier plus ou moins, suivant l'intensité de la lésion et l'époque à laquelle le malade se soumet au traitement. Il ne lui paraît pas raisonnable d'admettre, en raison de la structure de l'oreille interne et de la nature de la lésion syphilitique, que le traitement spécifique puisse être de quelque utilité lorsqu'une partie quelconque du labyrinthe est envahie (*Polyclinic Philadelphia*, 15 avril 1886). Dr GORHAM BACON.

Remarques sur la trépanation pour l'évacuation des abcès intra-craniens consécutifs aux suppurations de l'oreille (*Remarkson trephening for evacuation of intercraniel abcces occuring in connexion with suppuration of the Ear*), par le Dr J.-W. HULKE.

Chacun sait combien sont nombreux les cas d'abcès intracraniens consécutifs à un otorrhée. La terminaison fatale est la règle et l'auteur n'a observé qu'un cas de guérison dans lequel le pus trouva un passage suffisant pour s'écouler au dehors à travers les os cariés. Les praticiens ne sont donc pas excusables de rester inactifs dans les cas de ce genre. Si les traités ne font pas mention de la trépanation pour les abcès intracraniens, c'est en partie à cause des dangers de l'opération et aussi de la difficulté de faire un diagnostic exact et de distinguer la méningite diffuse ou génératrice, la thrombose des sinus, des abcès du cerveau ou du cervelet. La formation des abcès est d'ordinaire plus insidieuse et sa marche plus chronique qu'une inflammation diffuse. Deux symptômes en particulier sont caractéristiques des abcès intracraniens

otitiques. Ce sont une lenteur anormale du pouls et l'abaissement de la température.

Les dangers de la trépanation, septicémie, blessure du cerveau, hémorrhagie, peuvent être d'après l'auteur assez facilement évités ; certains signes permettent de diagnostiquer le siège de l'abcès chez le jeune homme ; il siège le plus fréquemment dans le lobe temporo-sphénoïdal; le fait est rare chez l'adulte. M. Hulke a pratiqué la trépanation dans trois cas d'abcès intracraniens.

1er *cas* : Otorrhée chronique; carie du temporal, abcès du cervelet que l'on supposait à tort siéger dans le lobe temporo-sphénoïdal, ponction de ce lobe.

2me *cas* : Otorrhée chronique; polype; perforation de la voûte du tympan et abcès du lobe temporo-sphénoïdal. La trépanation fut faite le 26 mars pour aller à la recherche de l'abcès. Le trépan fut appliqué à environ deux centimètres de distance en arrière de l'apophyse mastoïde. On ne trouva d'abcès qu'à l'autopsie.

3me *cas* : Otorrhée chronique; abcès du cervelet évacué par la trépanation de l'occipital.

Les trois malades moururent. Ces trois cas nous semblent démontrer la nécessité de la trépanation dans les cas d'abcès intracraniens. L'auteur prétend que la trépanation a été faite trop tard et qu'il est très important de faire un diagnostic au début de la maladie (*The Lancet*, 3 juillet 1886).

Dr J. Ch.

Deux petites modifications du procédé de Politzer (*Zwei kleine modificationen des Politzer seien Ver fahrens*), par le Dr Weil, de Stuttgart.

La première de ces modifications préconisée pour la première fois par M. Löwemberg consiste à regarder le cou du malade et à ne comprimer la boule en caoutchouc qu'au moment où on voit le larynx monter.

La seconde, ayant pour but de diminuer la pression dans les cas d'inflammation, consiste à ne fermer qu'une narine. L'air entre dans l'oreille moyenne mais avec moins de force (*Monatsschr. f. Ohrenh*, n° 5, mai 1886.)

VARIA.

Traitement abortif de la diphtérie (*Tratamiento abortivo de la difteria, a proposito de la obra de los doctores* A. Ramaugé y J.-M. Jorge).

Le Dr L. Maglioni pense avoir trouvé dans la cautérisation actuelle un traitement abortif infaillible de la diphtérie, comme elle l'est déjà pour la pustule maligne, la syphilis, etc. M. Maglioni semble, en effet, croire que la syphilis et la pustule maligne sont des maladies également justiciables de la cautérisation abortive. Cette cautérisation, il la réserve pour la diptérie localiée dans le fond de la cavité buccale; l'acide chlorhydrique servirait pour la diphtérie laryngée. Il n'a pas encore employé ce traitement énergique et sauveur du fer rouge, mais il s'est muni d'un galvano-cautère spécial dont il expérimentera les bons effets à la première occasion favorable.

Ce n'est là, dit M. Maglioni, qu'un projet de traitement et non un traitement définitivement accepté.

Espérons-le! Nous attendons que l'expérience soit faite. (*Revista argentina de ciencias médicas.*)

Emploi du fer dans la diphthérie (*Use of iron in diphtheria*), par le Dr Tipton.

L'auteur recommande le fer employé à haute dose et dès le début de la diphthérie. Il a retiré de cette médication des succès remarquables. Il l'administre sous forme de teinture à la dose de dix à quarante gouttes, avec une égale quantité de chlorate de potasse, dans du sirop d'acacia et de l'eau ou de la glycérine et de l'eau. (*The Med Rec.*, 2 janvier 1886.)

Dr J. Ch.

Note additionnelle sur l'action thérapeutique de la cocaïne (*An additional note on the therapeutic action of cocaïn*), par le Dr F. H. Bosworh.

Le Dr Bosworth appelle de nouveau l'attention sur l'action de la cocaïne sur les vaisseaux et s'élève contre son emploi dans la rhinite aiguë, l'hay-fever et le rose cold accompagnés d'asthme. Il constate : 1° que les applications locales de

cocaïne sont suivies d'une réaction qui met la muqueuse dans un état pire que celui dans lequel elle se trouvait avant l'application; 2° si l'on en prolonge longtemps l'usage, elle ne produit plus aucun effet; 3° souvent elle ne réussit pas à calmer l'hay fever. (*N.-Y. Med. journ.*, 20 mars 1886.)

BRYSON DELAVAN.

Œsophagotomie pour un corps étranger logé dans l'œsophage (*Œsophagotomy for foreign bodies lodged in tubar*), par le Dr MARKOW.

L'auteur en rapporte deux cas et, après des considérations fort sérieuses, donne la règle chirurgicale suivante : On doit chercher à enlever le corps étranger logé dans l'œsophage, dès qu'on a pu se procurer les instruments nécessaires et, si l'on ne réussit pas, on doit pratiquer l'œsophagotomie. (*N.-Y. Med. Journ.*, 1 mai 1886.) BRYSON-DELAVAN.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur Moura,

Dans le travail original que j'avais présenté il y a quinze ans pour être admis au nombre des Membres de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, j'avais, comme vous, attaqué la doctrine de Müller à propos des *cordes vocales*.

Je suis heureux de me trouver en conformité d'idée avec vous, et je vous félicite de votre travail qui démolit entièrement la théorie de Müller.

J'avais refait les expériences de Müller et j'avais été frappé de deux faits :

1° La force énorme qu'il fallait déployer pour obtenir l'allongement cité par Müller, eu égard à la faible puissance musculaire des tenseurs des cordes vocales;

2° Le peu d'intensité du son produit dans ces expériences; ce n'était jamais qu'un faible sussurement ou bien un bruit de trompette très inégal.

Appliquant les idées de Müller au larynx des oiseaux, m'était impossible d'admettre que des cordes vocales

3 millimètres de long puissent donner des sons aussi puissants que chez le rossignol par exemple. Rien dans les phénomènes de l'acoustique ne peut nous faire comprendre une puissance pareille, si nous considérons les cordes vocales comme des *cordes*. De plus, leur allongement du double pour obtenir deux octaves, ou plutôt une série de huit tons entiers du *do* au *do*, ne pourrait donner que ces huit tons et, pour en obtenir deux octaves complètes, c'est-à-dire 16 tons entiers, il faudrait un allongement *triple*. Et combien ne voyons-nous pas de voix qui possèdent deux octaves et demie, sans compter la voix de tête, surtout chez les basses et les barytons; c'est tout simplement absurde et contraire à la fois à l'anatomie et aux lois de la physique.

Dans la production du son par les lèvres de la bouche (action de siffler), on n'a jamais osé prétendre que c'était l'allongement des plis de la muqueuse labéale qui influençait la tonalité du son produit. On considérait la colonne d'air pressée et poussée à travers l'ouverture labiale comme une corde rendue momentanément solide et agissant musicalement suivant son épaisseur. C'est dans cette variation d'épaisseur, qui peut changer très facilement, et du simple au quadruple que réside la cause de la différence de tonalité.

En est-il de même pour le larynx? Je crois que si la tension est un des facteurs, le fait que je cite peut en être un autre, et qu'il est particulièrement en jeu dans la voix de tête, dont les sons flûtés ressemblent au son du sifflet.

La tension des rubans vocaux et leur rapprochement, qui sait même, leur position relative vis-à-vis l'une de l'autre, doivent être les vrais facteurs vocaux; et il est même probable que la hauteur à laquelle s'élève le larynx dans la production des sons élevés (chez les Tyroliens) a une certaine influence. Tout cela est fort compliqué, et je crois, qu'attribuer un rôle exclusif aux cordes vocales, de même, que les considérer comme organes sonores par elles-mêmes n'est pas l'expression de la vérité. Combien de fois ne voyons-nous pas de chanteurs ayant les cordes vocales rouges et gonflées, pouvant encore donner des séries parfaites de notes, sans

l'intensité ordinaire il est vrai, mais que l'allongement des cordes est physiquement impossible au moins dans son intégrité. Essayez de faire chanter un hautbois, dont les anches sont altérées, et vous verrez le résultat.

Depuis vingt ans que j'examine des chanteurs, j'ai toujours remarqué que les cordes vocales ne conservent pas leur direction droite.

Dans la série des sons produits au fur et à mesure que le son s'élève, j'ai cru voir que ces rubans en s'écartant l'un de l'autre vers le centre donnent à la colonne d'air qui les traverse une forme différente, et dont le diamètre au milieu peut arriver à être plus du triple.

Vous avez étudié l'allongement des rubans vocaux. Etudiez aussi, dans l'ordre d'idées que je vous cite, l'écartement central, et je crois que vous parviendrez à expliquer complètement la théorie de la voie humaine, au moins en ce qui concerne les rubans vocaux.

J'ai lu votre travail avec grand plaisir et intérêt, je partage complètement votre manière de voir et regrette infiniment de ne pouvoir vous envoyer un exemplaire de mon travail, n'en possédant plus moi-même.

Agréez avec mes félicitations l'assurance de ma considération.

A. Spaak.

Bruxelles, 19 octobre 1886.

NOUVELLES

Le 9e Congrès International des sciences médicales s'ouvrira à Washington, capitale des Etats-Unis d'Amérique, le lundi 5 septembre 1887, à midi.

Les Membres du Bureau désignés à l'avance sont :

Pour l'otologie : Président, M. S.-J. Jones, de Chicago ; vice-président J. Schintzbi, de Vienne; secrétaire, S.-O. Rechez, de Washington.

Pour la laryngologie : Président, William H. Daby, de Pittzburg; vice-présidents, Coomns, de Kentucky; Hartman, de Hergland; Roë, de New-York; Shurley, Michigan; Woolen, Juliana ; secrétaires, W. Posterd, de Saint-Louis; H. Krause, de Berlin.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

DES ZONES HYSTÉROGÈNES OBSERVÉES SUR LA MUQUEUSE DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES ET DES ORGANES DES SENS (1)

Observations recueillies dans le service de M. le professeur A. Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Par le Dr L. LICHTWITZ.

Chargé par M. le professeur Pitres d'examiner l'état de la sensibilité des voies aériennes supérieures d'un hystérique de son service, nous avons été surpris de provoquer, au premier attouchement de l'épiglotte avec la sonde laryngée, une crise convulsive très intense.

Le lendemain en touchant le même point de l'épiglotte l'attaque se reproduisit.

Frappé de ce fait nous avons continué nos recherches dans ce sens et nous avons pu constater sur la muqueuse d'autres hystériques des zones hypnogènes, léthargogènes et spasmogènes.

Ces zones occupaient les différentes parties de la muqueuse des voies respiratoires supérieures ; dans un cas nous en avons trouvé aussi sur les conjonctives, les cornées, les canaux lacrymaux, les conduits auditifs et les tympans.

Sur 7 hystériques ayant des zones hystérogènes plus ou moins profondes accessibles au toucher par le tégument externe et que nous pourrions appeler « zones extérieures », 6 de ces malades avaient des zones hystérogènes sur les muqueuses dont nous venons de parler. La septième malade, qui avait une seule zone léthargogène extérieure sur le creux épigastrique, n'est restée que peu de temps à l'hôpital et n'a point laissé faire un examen complet de ses fosses nasales, qui, ainsi que nous le verrons, étaient chez tous les autres malades le siège des zones spasmogènes.

(1) Lu à la Société de médécine et de chirurgie de Bordeaux, séance du 19 novembre 1886.

Si les zones hystérogènes en général et les zones léthargogènes en particulier ont été parfaitement étudiées dans ces derniers temps, sous la direction de M. le professeur Pitres, les premières par M. R. Gaube (1), les autres par M. Blanc-Fontenille (2), les zones hystérogènes des muqueuses sont restées dans l'oubli, et nous n'avons pu trouver à ce sujet qu'une note très courte, une simple indication, contenue dans le *Traité clinique des maladies du système nerveux*, de M. Rosenthal (Paris, 1878, p. 469). Cet auteur dit avoir provoqué, chez deux hystériques, des attaques « en touchant avec le spéculum, par hasard ou volontairement, le col de l'utérus. »

Voici un résumé succinct des observations des malades observés par nous :

Obs. I. — Caberg, vingt-un ans, atteint d'hystéro-épilepsie, a des accès convulsifs fréquents. Il est hémianesthésique gauche. Après les attaques, il devient parfois muet pendant un temps plus ou moins long. Quelquefois aussi son bras gauche reste paralysé après l'attaque. Il est difficilement hypnotisable. Il a une zone spasmogène au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Nous avons constaté d'abord une zone spasmogène sur la face laryngée de l'épiglotte, et plus tard une autre zone dans la fosse nasale droite (cornet moyen et partie postérieure du cornet inférieur, de la cloison et du plancher), et une, moins sensible, dans la partie postérieure de la fosse nasale gauche. La solution de chlorhydrate de cocaïne (1,10) appliquée avec précaution dans la fosse nasale droite, tout en rendant la muqueuse insensible, empêchait l'apparition d'un accès si l'on touchait la zone spasmogène.

Les pulvérisations au chlorhydrate de cocaïne rendant aussi la zone laryngée insensible, nous permirent de traiter,

(1) R. Gaube, *Recherches sur les zones hystérogènes. Thèse de Bordeaux*, 1882. (Paris, chez O. Doin, 8, place de l'Odéon.)

(2) Blanc-Fontenille, *Note sur les zones léthargogènes et léthargofrénatrices chez les hystériques*. Bordeaux, 1886.

par des attouchements au chlorure de zinc (1 : 30) la laryngite catarrhale, dont le malade était atteint.

Obs. II. — Lacouture Jeanne, vingt-neuf ans, hystérique, hypnotisable, a des attaques convulsives depuis dix ans environ. Gonalgie droite. Hémianesthésie droite. Elle possède des zones hystérogènes extérieures. Nous avons constaté de notre côté dans la partie postérieure de la fosse nasale droite et à l'entrée de la fosse nasale gauche des zones spasmogènes. La fosse nasale gauche est très sensible. L'attouchement léger de l'extrémité antérieure du cornet inférieur donne lieu à des crises convulsives répétées. L'écartement de la narine gauche par le *spéculum nasi* suffit pour faire tomber la malade en état hypnotique. L'ammoniaque respiré par les narines provoque aussi des crises convulsives. L'attouchement de la surface postérieure du voile du palais fait tomber la malade en léthargie. Il en est de même si l'on touche le bord de l'épiglotte. Sur la face laryngée de cette dernière existe une zone spasmogène.

Le frottement léger de la conjonctive scléroticale et palpébrale (supérieure et inférieure) et de la cornée de l'œil droit met la malade en état cataleptoïde. Le frottement léger de ces mêmes points de l'œil gauche provoque le sommeil léthargique.

L'introduction d'une sonde dans les conduits lacrymaux inférieurs provoque à droite un état cataleptoïde, à gauche un état léthargique.

Si on essaie de franchir le sac lacrymal et d'entrer dans le canal nasal, on voit aussitôt éclater une crise convulsive qui vient se greffer à droite, sur l'état cataleptoïde et à gauche sur l'état léthargique.

Les conduits auditifs, dans leur partie osseuse, et les tympans sont le siège d'une zone léthargogène. La malade dit, en l'état cataleptoïde, qu'une pression un peu plus forte, exercée sur les zones léthargogènes de la face postérieure du voile du palais, du bord de l'épiglotte, des conduits et des tympans, lui donnerait des crises convulsives.

Le chlorhydrate de cocaïne en solution de 1/10, appliquée avec beaucoup de précaution dans la fosse nasale droite, ne fait pas disparaître la zone spasmogène; mais, ce remède instillé dans les yeux rend insensible les zones conjonctives et cornéennes.

Obs. III. — Gouzil Hélène, dix-huit ans, hystérique, est sujette depuis trois mois à des crises convulsives violentes. Elle est facilement hypnotisable. Elle est anesthésique de presque tout le côté gauche et hypoesthésique du côté droit. La malade a des zones hystérogènes extérieures.

Sur les muqueuses nous avons constaté des zones spasmogènes dans la partie postérieure des deux fosses nasales, dont l'attouchement provoque des crises. L'aspiration de l'ammoniaque produit le même effet. La zone de la fosse nasale droite est plus sensible que celle de la fosse nasale gauche.

Le cathétérisme vrai de la trompe d'Eustache gauche, à l'aide des bougies en celluloïde d'Urbantschitsch, donne à la malade l'aura d'une attaque.

Nous n'insistons pas et retirons vite la sonde, sachant bien que, toutes les fois que la malade ressentait l'aura, l'attaque ne tardait pas à revenir si l'on continuait à presser sur la zone excitée.

Obs. IV.—C...(Paule), vingt ans, hystérique, facilement hypnotisable, a des attaques convulsives depuis environ trois ans. — Elle est anesthésique du côté droit. Elle possède plusieurs zones hystérogènes extérieures. Nous avons constaté sur le cornet moyen, sur la partie postérieure du cornet inférieur des fosses nasales, et dans le larynx (côté droit), des zones dont l'attouchement déterminait des crises très violentes, surtout du côté de la fosse nasale gauche.

Le chlorhydrate de cocaïne appliqué en solution au 1/10 sur toute la muqueuse nasale la rend insensible, mais n'influence pas les zones spamogènes.

L'application de ce remède n'était possible qu'à l'aide de suggestion et en procédant avec beaucoup de précaution.

Obs. V. — Mor... (Albertine), trente-un ans, hytérique, hémianesthésique gauche, a des crises convulsives depuis cinq ans environ. Elle possède des zones hystérogènes extérieures à effets multiples.

Toute la muqueuse buccale, qui se trouve en dedans des arcades dentaires et celle qui recouvre le pharynx, est le siège d'une zone à effets multiples sur laquelle une pression légère détermine un état cataleptoïde, les yeux ouverts, avec ou sans contractures des muscles de la face et du tronc, une pression plus forte produit un état léthargique et une pression encore plus forte des crises convulsives.

La malade peut, en se pinçant la langue entre les dents ou en pressant une noix contre sa voûte palatine, se mettre elle-même en état cataleptoïde, les yeux ouverts, avec ou sans contracture des muscles de la face.

La malade ne permet pas, malgré la suggestion, qu'on lui touche la muqueuse nasale. Cela, dit-elle, lui donnerait sûrement une attaque. Mais après avoir mis la malade en état cataleptoïde, nous lui touchons légèrement la partie antérieure de la muqueuse nasale et aussitôt une attaque convulsive éclate ou, ce qui arrive moins fréquemment, la malade tombe en léthargie.

L'application du chlorhydrate de cocaïne en solution faible sur la partie antérieure de la langue diminue l'excitabilité de la zone qui existe sur ce point.

Obs. VI. — F... (Marie-Louise), vingt-un ans, hystérisque, hypnotisable, a des attaques convulsives depuis environ quatre ans. Elle est analgésique de tout le corps. Elle possède un nombre considérable (68) de zones hystérogènes extérieures.

Quant aux muqueuses nous avons trouvé que le dos de la langue au niveau des papilles caliciformes, les loges amygdaliennes droite et gauche, les piliers postérieurs du voile du palais, la paroi postérieure du pharynx buccal, étaient le siège de zones à effet multiples qui, à l'attouchement léger, répondaient par l'état cataleptoïde, les yeux fermés et dont l'attouchement plus fort déterminaient une crise convulsive; mais

il existe une différence entre les zones du côté droit et celles du côté gauche. Les crises convulsives provoquées par l'attouchement des zones du côté gauche sont suivies, au moment où on les arrête par pression sur une zone spasmofrénatrice, d'un état léthargique.

Presque toute la fosse nasale droite est le siège d'une zone hypnogène et dans toute la fosse nasale gauche existe une zone léthargogène. Le bord de l'épiglotte est une zone tantôt hypnogène tantôt spasmogène, selon la manière dont est faite la pression avec la sonde.

L'attouchement du pharynx nasal tout entier occasionne des crises convulsives.

Derrière le tragus des deux oreilles existent des zones hypnogènes.

Chez tous ces malades les fosses nasales étaient le siège de zones spasmogènes. Cinq fois les zones étaient bilatérales, une fois (Obs. VI) elles n'existaient que d'un côté, tandis que l'autre fosse nasale était le siège d'une zone hypnogène.

Quatre fois (Obs. I, II, IV, VI) existaient sur la muqueuse laryngée des zones spasmogènes et léthargogènes.

La paroi postérieure du pharynx nasal présentait une 1 fois (Obs. V) une zone léthargogène, 1 fois (Obs. VI) une zone spasmogène. La face postérieure du voile était 1 fois le siège d'une zone léthargogène (Obs. II); 1 fois (Obs. III), l'attouchement de l'entrée de la trompe donnait l'aura d'une attaque. La partie de la muqueuse buccale qui est en dedans des arcades dentaires offrait 1 fois entièrement (Obs. V), 1 fois partiellement (Obs. VI) des zones hystérogènes à effets multiples. Une fois (Obs. II) les conjonctives, les cornées, les conduits larcymaux, les conduits auditifs externes et les tympans étaient le siège de zones hypnogènes, léthargogènes et spasmogènes.

L'excitabilité des zones offrait des différences marquées

chez les divers malades et, chez le même sujet, toutes les zones n'étaient pas également sensibles.

Les plus sensibles nous paraissaient être la zone laryngée de l'Observation I, les zones nasales et auriculaires de l'observation II, et les zones nasales de l'observation V.

Dans quelques cas nous avons essayé de diminuer ou d'abolir l'excitabilité des zones à l'aide du chlorhydrate de cocaïne. Nous avons réussi dans les cas I et V et pour les zones conjonctivales et cornéennes chez la malade qui fait le sujet de l'observation II. Mais les zones nasales des cas II et IV ne se modifiaient pas sous l'influence de ce remède. Peut-être fallait-il attribuer les insuccès à la difficulté d'appliquer cette anesthésique sans produire, par l'application elle-même, une crise convulsive.

La notion des zones hystérogènes des muqueuses des fosses nasales, de la bouche, etc., nous paraît avoir une réelle importance pratique.

En effet il faut être prévenu de leur existence pour éviter des accidents, dans les cas où l'on aurait à pratiquer des opérations, si simples qu'elles puissent paraître, sur les muqueuses de sujets hystériques.

L'abaissement de la langue, le tamponnement des fosses nasales, le cathétérisme des trompes et des conduits lacrymaux, un attouchement laryngé, une opération quelconque sur la cornée ou dans l'oreille, pourraient donner lieu à des états léthargiques ou à des crises convulsives qui auraient des suites d'autant plus graves qu'on ne s'attendrait pas à l'apparition de ces symptômes.

C'est ce qui a failli nous arriver à l'examen de la malade qui fait le sujet de l'observation II. Heureusement elle était accompagnée d'une personne qui connaissait les zones frénatrices de sa compagne, et qui arrêta vite la crise violente que nous avions provoquée involontairement. Cette crise, par sa violence et par le fait que la patiente atteinte d'une affection du genou était dans un

appareil immobilisateur, aurait pu avoir pour elle des conséquences graves.

Peut-être l'existence de ces zones explique-t-elle maintenant et la répulsion qu'éprouvent certaines malades nerveuses à laisser toucher les diverses muqueuses dont nous venons de parler et les accidents survenus dans les opérations faites sur ces parties.

Nous aurons du reste l'occasion de revenir un peu plus longuement sur ce sujet dans un travail ultérieur.

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Pitres qui a bien voulu nous inspirer de l'idée de ces recherches et qui nous a fourni tous les éléments nécessaires pour mener notre œuvre à bonne fin.

ÉPISTAXIS GRAVE — TAMPONNEMENT POSTÉRIEUR OTITES SUPPURÉES BILATÉRALES (1)

Par M. le Dr GELLÉ.

Chomel a écrit que l'épistaxis est le plus souvent une manifestation de la diathèse rhumatismale. Cette notion de diathèse prédominante a une grande valeur pour juger de l'opportunité de l'intervention médicale dans un cas donné d'hémorragie, de fluxion locale. Et c'est ainsi que s'expliquent les divergences d'opinions quand il s'agit du traitement de l'épistaxis. Beaucoup conseillent de les ménager parce qu'il en est de salutaires, et parce qu'on a cru observer des résultats funestes après l'intervention thérapeutique. C'est tantôt l'apoplexie cérébrale suivie de mort (Sorre, Cazalis, J. Franck, Watson (2), etc.), tantôt la ménorrhagie, tantôt l'hémorragie d'un autre organe qui viennent remplacer l'épistaxis supprimée. Cependant, ces dernières terminaisons sont plus rares et assurément moins dignes d'attention que l'hémorragie cérébrale con-

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 27 octobre 1886.

(2) In *Dict. Méd. et Chirurgic.*, art. *Épistaxis*, 1879, t. LXIII, p. 652.

sécutive. En définitive, ce sont les complications cérébrales à la suite de l'arrêt de l'épistaxis qui ont surtout frappé les auteurs.

Il y a quelques années déjà, j'ai lu à la Société de Médecine pratique un travail sur les complications graves observées du côté des organes de l'ouïe et du cerveau, consécutivement au traitement de l'épistaxis par le tamponnement postérieur.

Ce travail était basé sur trois faits bien observés et suivis, qui me parurent démonstratifs.

J'y avais ajouté une note sur une malade âgée, atteinte d'épistaxis et soignée par le tamponnement postérieur, laquelle mourut le huitième jour dans le coma (1).

On avait mis cette terminaison, imprévue à coup sûr, sur le compte d'une apoplexie cérébrale qu'expliquaient l'âge de la malade et l'arrêt de l'hémorragie.

C'est en effet ainsi que la plupart des auteurs qui ont traité de ce sujet se rendent compte de la mort du sujet.

Pour accuser *l'arrêt de l'épistaxis*, il faut ignorer dans quelles conditions le médecin est appelé à intervenir; c'est le plus souvent dans le cas où, par sa durée, son abondance ou ses récidives, l'hémorragie nasale semble devenir un danger sérieux qu'on est amené à l'arrêter et à pratiquer le tamponnement postérieur surtout. Or, dans toute hémorragie, il est clair que la crainte d'une répercussion ou d'une suppléance diminue et s'éloigne progressivement en proportion de la quantité de sang perdue. Si donc, en pareille occurence, une complication cérébrale survient, on sera plus près de la vérité en n'admettant pas comme explication une hémorrhagie du cerveau supplémentaire ou complémentaire de l'épistaxis supprimée.

La pathogénie semble être tout autre pour un certain nombre de faits. En effet, les observations de Créquy et les miennes montrent l'intervention d'un autre élément

(1) *Tribune médicale*, avril 1882, et *Journal de médecine*, Paris, 1882.

pathologique, l'otite suppurée consécutive au tamponnement.

Certes, les graves complications cérébrales sont peu fréquentes dans l'otite suraiguë suppurée; mais on remarque que la mort par le cerveau à la suite du tamponnement de l'épistaxis est aussi peu commune.

Le fait capital est la production rapide des suppurations de l'oreille moyenne avec tout le cortège de douleur, de fièvre, de troubles auditifs, etc., d'une aussi grave lésion bilatérale.

La relation de cause à effet, le rôle nuisible du tamponnement, ont été déjà expliqués et apparaissent nettement à l'esprit : le sang retenu dans les fosses nasales se décompose; il pénètre par la déglutition dans les cavités tympaniques où il produit une inflammation septique à suppuration inévitable et foudroyante. Il se fait là une sorte de traumatisme avec persistance du corps étranger dans la caisse. Le tampon lui-même, s'il est trop serré ou trop volumineux, irrite la muqueuse déjà fluxionnée et augmente les causes d'otites.

On a d'abord accusé le trop long séjour du tampon, et le professeur Tillaux, qui note les accidents du côté de l'oreille annoncés par les auteurs (1), les explique par les rapports du pavillon tubaire et de l'orifice postérieur des fosses nasales. Il décrit avec soin la manière dont le tampon doit être fait, le volume qu'il ne doit pas dépasser pour ne point devenir blessant. Tillaux veut qu'il ait deux centimètres et demi au plus de hauteur, et une largeur moitié moindre, et qu'on lui donne la forme rectangulaire de l'orifice nasal qu'il est destiné à combler. Avec de semblables dispositions cet auteur pense éviter toute irritation de la muqueuse nasale et de la trompe, et cependant assurer l'hémostase.

Quant à la conduite à tenir après le pansement, voici les propres paroles du maître : « Voici comment je conseille d'agir les jours suivants : après quarante-huit heures,

(1) Tillaux. *Chirurgie clinique*, p. 242.

retirez le tampon antérieur, nettoyez la narine, lavez au besoin les fosses nasales avec de l'eau phéniquée, et *laissez en place le tampon postérieur*. Le lendemain (c'est-à-dire le quatrième jour) s'il ne s'est pas écoulé de sang, enlevez le tampon postérieur. » (Tillaux, *Traité de chirurgie clinique*, p. 242 et suivantes.)

D'après Tillaux donc on éviterait ainsi toute complication auriculaire. L'observation qu'on va lire prouve au contraire que les accidents bi-auriculaires les plus graves peuvent survenir bien que le tampon postérieur ait été enlevé au bout de *quarante-huit heures;* c'est pourquoi j'ai tenu à le présenter à la Société d'otologie; c'est le point de thérapeutique qu'il importe d'éclairer en effet. Doit-on garder l'usage du tampon postérieur? Est-ce le tampon, sa forme, son volume, qui doivent être incriminés? N'est-ce pas plutôt la putréfaction du sang au contact de l'air, et la pénétration dans les caisses tympaniques du liquide septique qui causent tout le mal, puisque un tamponnement enlevé après quarante-huit heures seulement a pu être suivi de deux otites suppurées graves?

Ces réflexions déduites de l'ensemble des faits déjà publiés, trouvent encore leur confirmation dans le cas suivant que je dois à notre distingué confrère, le Dr Buzot, d'avoir récemment observé.

Observation.

Epistaxis grave. Tamponnement des fosses nasales, — deux otites suppurées; le tampon postérieur laissé quarante-huit heures.

H..., âgé de cinquante-cinq ans, est pris d'épistaxis, à la suite d'émotions (mort subite de sa dame). En trois jours, la quantité de sang versé a pu être estimée par le Dr Buzot à plusieurs litres; le malade est pâle, en demi-syncope; l'urgence du tamponnement complet est évidente, et M. Buzot l'applique d'après les règles connues au moyen d'une sonde de Belloc (10 mai).

Le 13, l'hémorragie n'ayant pas continué, on enlève le tampon antérieur, puis le postérieur.

Le 16, 5 jours après l'application du tampon, 3 jours après son enlèvement, l'opéré sent ses deux oreilles bouillonner, comme il l'a senti déjà au moment de l'application du tampon. Il s'aperçoit qu'il devient sourd; il n'entend plus ses oiseaux, ni la sonnette de sa loge. Un bruit de machine à vapeur : *phu! phu! phu!* violent l'assourdit, le rend à moitié fou et hébété; ce bruit est bien dans ses oreilles et non dans la tête. Céphalalgie violente, insomnie. Après une nuit de fièvre, de douleurs atroces et de bruits étourdissants, *les deux oreilles se mettent à couler extrêmement abondamment*; du pus jaunâtre, non mêlé de sang, s'écoule, et le soulagement succède à la crise (18 mai).

26. L'exploration montre les deux méats remplis de pus épais; le nettoyage fait, le fond du conduit est rétréci, la cloison indistincte; dans le sinus prétympanique, le pus gargouille sous l'influence de l'épreuve de Valzalva et par le Politzer, qui chasse un flot de pus; les deux tympans sont également perforés, mais dans le 1/4 postéro-supérieur. A ce niveau, la paroi supérieure du conduit est soulevé par le gonflement de la peau et du périoste.

Le sujet répond à la voix, et bien mieux après le pansement à sec et après la douche d'air détersive.

Le diapason-Vertex est perçu au sommet et s'entend mieux là que par la voie aérienne; le diapason est mieux perçu à droite qu'à gauche.

Les injections d'eau tiède boriquée, et plus tard d'une solution d'azotate d'argent au 1000e, et les bains prolongés des mêmes liqueurs, pendant lesquels le sujet exécute plusieurs fois le Politzer, ont peu à peu tari la secrétion et amené la guérison (10 juin).

On voit à la rapidité de la marche du processus vers la suppuration, et à la bilatéralité des lésions, qu'il s'agit d'une inflammation d'une gravité exceptionnelle, que rien n'explique mieux que l'irritation du liquide putride

épanché dans les deux caisses tympaniques, sous l'influence d'un tamponnement de quarante-huit heures seulement.

Il paraît légitime de conclure de ce fait, que le tampon n'agit pas alors principalement par l'irritation de contact, mais qu'il agit en retenant et emmagasinant dans les cavités nasales des liquides putrides, dont la pénétration inévitable par les trompes cause ces suppurations auriculaires formidables.

C'est le procédé du tamponnement qui est dangereux pour les organes auditifs, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, et quel que court que soit le temps pendant lequel le pansement a été maintenu.

TROIS CAS D'OTITE HÉMORRAGIQUE (1)

Par M. le Dr GELLÉ.

PREMIÈRE OBSERVATION (avec le Dr Collin, de Vaugirard).

Léger mal de gorge; épistaxis; otorrhagie; érysipèle du pavillon et de la face; abcès pré-mastoïdien du côté de l'otorrhagie.

Marie P..., âgée de treize ans et demi, bien développée et de bonne santé habituelle, a été réglée pour la première fois le 25 mars 1880; l'écoulement menstruel a duré trois jours.

Le 28 avril (un mois après), l'enfant se plaint de légères douleurs dans la gorge, pendant trois jours environ.

Le 2 mai, écoulement sanguin peu abondant par le conduit auditif gauche, sans grande douleur, et avec fièvre légère, peau halitueuse, peu de céphalalgie. A l'examen de l'oreille gauche on ne constate aucune plaie ou écorchure; pas de pus; mais quelques gouttelettes de sang rouge, et la présence de quelques petits caillots sur la paroi du conduit. Le pavillon cependant est le siège d'un gonflement rouge,

(1) Communication faite à la *Société française d'otologie et de larymgologie*, séance du 27 octobre 1886.

chaud, douloureux à la pression, avec déformation caractéristique. Il y a là un érysipèle.

Les jours suivants l'érysipèle envahit la joue, le nez, et toute la moitié de la face est prise le 4 mai.

A plusieurs reprises, épistaxis abondantes et qui ont été d'une abondance inquiétante même. Un médecin consultant appelé reconnaît l'érysipèle facial succédant à un érysipèle de la gorge, après envahissement rapide de l'oreille gauche.

Il y a donc eu rhinite hémorragique, puis otite hémorragique et érysipèle facial successivement.

En effet, on constate plus tard que malgré le dégonflement du pavillon gauche, la petite malade n'entend pas bien de ce côté. Elle s'en plaint dès qu'elle se sent un peu moins abattue. Le tic-tac de la montre n'est pas perçu, soit qu'on applique celle-ci sur le crâne, soit qu'on la pose à 1 centimètre en face du conduit auditif.

L'érysipèle évolue sans complication; le 7 mai, coliques et menstrues peu abondantes.

Le 7 mai, l'oreille droite est à son tour envahie; mais, de ce côté, on constate que la perception cranienne est conservée; et l'ouïe bien qu'obtuse est bien évidente. La montre est aussi perçue au voisinage du méat droit.

Le 14 mai, douleurs extrêmes derrière le pavillon gauche, disparition rapide du sillon auriculo-mastoïdien, gonflement de la région postérieure au pavillon, refoulement de celui-ci en dehors et en avant, rougeur, chaleur, douleur ; et alors sensation de fluctuation profonde. L'abcès pré-mastoïdien gauche est ouvert; la guérison ne se fait pas attendre, mais l'audition reste très fortement affaiblie du côté gauche.

Ici, le seul signe de l'otite érysipélateuse a été l'otorrhagie; aucune suppuration n'est notée au début; et l'abcès périostique pré-mastoïdien rend indubitable l'otite générale suraiguë qui a servi de trait d'union entre la rhino-pharyngite et l'érysipèle de la face.

DEUXIÈME OBSERVATION

Otite suraiguë à droite et épitaxis abondante par la narine gauche, suite de bains froids.

26 juillet 1886. — H..., âgé de quinze ans, élève, est pris d'une épistaxis qui le réveille et qui dure jusqu'au jour. La narine gauche seule saigne, le pharynx est très coloré, mais non enflammé; un vaisseau veineux énorme serpente sur la paroi spinale du côté gauche; le malade se plaint de douleurs violentes à l'oreille droite, de surdité et de bourdonnements exclusivement à droite. Toute la nuit il a éprouvé des battements dans cette oreille, dans la tempe et au vertex; il a pleuré et crié de douleur.

La montre est perçue à vingt centimètres à droite et très bien à soixante centimètres à gauche.

Cet examen a été fait après l'aération de la caisse du tympan par l'épreuve de Valsalva; le tympan, examiné avec le spéculum et le miroir, apparaît sombre et ballonné, bas et rouge vif dans toute la partie susapophysaire (portion flaccide) jusqu'à l'umbo, en arrière surtout; il est facile de constater quelques mouvements provoqués par la déglutition, le nez pincé et par l'épreuve de Valsalva. Il n'y a pas trace d'hémorragie ni de suppuration.

Le mal a cédé à quelques pédiluves et à l'administration de quelques doses de sulfate de quinine.

Dans ce cas on voit évoluer simultanément l'épistaxis et l'otite suraiguë nées de la même cause et chacune séparément sur l'un des côtés de la tête.

Si les deux lésions avaient été limitées au même côté, n'aurait-il pas été permis de penser qu'il y avait entre les deux phénomènes une relation de cause à effet et d'admettre l'otite comme suite de l'épistaxis? Et que serait-ce si on avait fait le tamponnement postérieur pour arrêter cette épistaxis? N'allons pas trop loin dans cette voie, car les otites qui succèdent au tamponnement sont formidables et suppurées toujours.

TROISIÈME OSERVATION

Epistaxis et otorrhagie droite abondante; otite suppurée droite; broncho-pneumonie rhumatismale.

26 novembre 1885. — Soudain, après une période de froid sévère, la température atteint 18 degrés de chaleur molle : cas d'hémorragie fréquents, par toute voie, observés à ce moment.

L'enfant R..., âgé de cinq ans, de parents bien portants, mais de souche arthritique par les grands parents, est mince, fluet et de bonne santé habituelle. Depuis une promenade au brouillard, il est mal à l'aise; fièvre à redoublement le soir; pâleur, hébétude, somnolence; engourdissement remarquable chez un enfant très vif et bavard; on s'aperçoit qu'il ne répond pas ou qu'il répond de travers; il s'est plaint toute la nuit précédente de douleurs de tête; il soupire et s'agite dans son lit. — Cet état inquiétant d'affaissement durait depuis trois jours et le petit malade avait dit souffrir par moment des oreilles, mais sans insister, sans crier, sans y porter les mains.

A ce moment une épistaxis subite se produit; le sang coule abondamment par les deux narines, mais surtout par la droite; sang clair, chaud; en même temps on trouve l'oreille droite baignée de sang et on voit le sang s'écouler du conduit auditif droit et mouiller l'oreille. C'est à ce moment que je suis appelé.

Je constate la violence de l'hémorragie nasale et la persistance de l'otorrhagie. L'enfant a la face vultueuse, chaude, les yeux brillants; la tête est brûlante ainsi que le cou; le pouls est très fréquent. Pas de cris, ni de plaintes; pas de douleurs nulle part excepté à la tête, et encore est-ce plutôt un engourdissement général, une lourdeur. L'enfant est sourd. Les narines sont obstruées par des caillots, mais le pharynx est pâle, de même que la voûte palatine et la muqueuse buccale.

J'essuie le méat et j'examine l'oreille droite avec le spéculum et le miroir, l'enfant couché sur le côté gauche, la lampe

en face de moi. Le tympan droit apparaît tout au fond, bombé, rouge comme une framboise, séché par le nettoyage avec la boulette d'ouate. On ne trouve ni triangle lumineux. ni manche du marteau, ni poli, ni apophyse, ni translucidité. Il est rouge, opaque, bombé, méconnaissable. Pas de perforation visible. Le conduit n'a subi qu'un peu de rétrécissement tout au fond.

La montre n'est entendue, ni à l'orifice du méat, ni sur le front ni sur le vertex.

L'effort de Valsalva ne fait rien changer ; il n'y a ni gargouillement ni souffle indiquant une perforation de la cloison. La parole n'est pas entendue si l'enfant est couché sur l'oreille gauche. Cependant, même de ce côté, l'ouïe est obtuse. L'inspection montre que le tympan grisâtre ballonné en dehors, couvre un fond brunâtre, indice de l'épanchement de sang effectué aussi dans la caisse de ce côté, mais moins rapide et moins violent. En effet, la montre est perçue à quelques centimètres à gauche et l'enfant répond aux questions qu'on lui adresse de ce côté.

L'otorrhagie et l'épistaxis ne reparurent plus; la fièvre tomba en quelques jours ; une légère suppuration se produisit consécutivement, les bains d'oreilles et quelques injections d'eau additionnée d'acide borique au millième la tarirent peu à peu.

L'ouïe revint en quinze jours, à gauche, où le tympan a repris son aspect à peu près normal.

A droite, l'ouïe était aussitôt améliorée après le nettoyage du conduit; mais elle fut longtemps très faible (2 centimètres, puis davantage, mais lentement); le 15 décembre, la montre était perçue à 10 centimètres et la perception cranienne était revenue.

Une broncho-pneumonie succéda, le dix-neuvième jour, à l'otite suraiguë hémorragique, retarda encore la guérison de l'oreille qui redevint chaude, douloureuse, et fournit énormément de sang rutilant d'abord et du pus ensuite.

A la fin de décembre, la convalescence était franche; la poire à air provoquait à droite et à gauche un claquement

tympanique net, sec; la caisse était sèche, et depuis quelque temps le conduit auditif l'était déjà.

La montre était bien entendue sur le crâne, et à 15 centimètres à droite; puis à 25 et 30 centimètres à gauche. L'enfant conversait facilement avec ses parents.

En avril 1886, après un refroidissement, l'enfant, bien portant et grandi, a été repris de fièvre, de lourdeur de tête, de somnolence, après quelques jours de malaise, d'inappétence et de céphalalgie, l'otorrhée a reparu à droite; mais l'accident fut rapidement conjuré, et aujourd'hui l'enfant est en bon état. L'ouïe est bonne à gauche, moindre à droite; on répète les insufflations d'air de temps en temps.

RÉFLEXIONS.

Le premier et le troisième faits démontrent la panotite de forme hémorragique; mais la dernière surtout montre bien l'intensité et la brutalité du raptus sanguin, au début de l'otite, que des symptômes cérébraux masquaient, quand l'otorrhagie vint marquer le siège de la lésion.

L'observation n° 2 montre l'évolution des deux processus inflammatoires et hémorragiques sur le même individu; épistaxis ici, otite aiguë là.

Dans les trois cas, l'épistaxis est largement associée à l'otorrhagie et à l'otite.

Or, je dirai tout de suite ceci : dans aucune de ces observations on n'a eu à pratiquer le tamponnement : l'otite peut donc succéder à l'épistaxis sans que celui-ci soit en cause. De là, à ajouter que le tamponnement n'est peut-être pas toujours cause des otites mentionnées par d'autres et par moi, à la suite de l'épistaxis qu'il a servi à arrêter, on comprend qu'il n'y a qu'un pas.

En effet, il est très possible que le sang se soit épanché dès l'abord dans les caisses tympaniques, en même temps qu'il a coulé par les narines, comme cela a eu lieu pour l'oreille gauche, dans l'observation n° 3. — Ces irruptions du sang dans l'oreille ne sont même pas rares;

et il suffit pour s'en rendre compte de se rappeler de la position de l'orifice de la trompe et des gros vaisseaux de la muqueuse nasale, dans le décubitus latéral surtout; j'en ai cité plusieurs cas dans mon livre. Enfin le même raptus hémorragique peut se faire à la fois dans l'oreille moyenne et dans la narine voisine. D'autre part, l'inflammation d'une oreille peut être observée avec une épistaxis née de la narine opposée : il y a alors simultanéité seulement. L'action nocive du tampon postérieur n'est pas contestable; mais il est des cas où les associations que nous venons d'indiquer doivent particulièrement aider à le rendre nuisible.

En présence de deux otites suppurées succédant rapidement, en deux jours, à un tamponnement postérieur d'ailleurs bien fait et bien surveillé, on pourrait supposer que ces conditions spéciales se sont réalisées. (Voir le cas dont j'ai parlé dans ma précédente communication.)

C'est ainsi que cette seconde communication est le corollaire obligé de la première.

Le tamponnement postérieur dans cette hypothèse dernière empêcherait le départ du sang épanché et ajouterait encore au danger de la pénétration des liquides sanguins putréfiés retenus dans les fosses nasales.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Session du 27 octobre 1886, 8 h. 1/2 du soir.

Présidence de M. le Dr Ménière.

M. le Président déclare la session ouverte et donne la parole à M. le Secrétaire.

1° *Correspondance.*— M. Schiffers, de Liège, demande à faire une rectification au procès-verbal de la séance du 28 avril dernier : à la page 79 du onzième fascicule, t. III,

ligne 32, il faut lire : « Quant à l'acide borique, *il peut provoquer*, etc. », au lieu de : « Quant à l'acide borique, *il provoque*, etc. ».

2° Traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache, par M. Moure (de Bordeaux).

Messieurs,

Je désirerai appeler l'attention de mes confrères sur un mode de traitement des affections catarrhales de la trompe, qui m'a donné, durant ces derniers temps, d'excellents résultats. Tout le monde sait que, dans bien des cas d'inflammation subaiguë du conduit tubaire, la muqueuse plus ou moins tuméfiée est recouverte surtout au niveau de son orifice, d'un mucus parfois assez épais qui empêche la douche d'air de pénétrer dans ce conduit et partant dans l'oreille moyenne. Dans quelques cas, c'est à peine si une insufflation consciencieuse et soigneusement faite, permet d'envoyer dans la caisse quelques bulles d'air. Je sais bien que la pénétration de ce fluide si minime que soit la quantité insufflée, suffit pour améliorer l'audition dans une certaine mesure, mais il n'en est pas moins vrai, que dans certains cas, ce n'est qu'après plusieurs séances à des intervalles irréguliers que l'on entend l'air passer avec peine dans les trompes obstruées.

Ayant eu affaire, il y a plusieurs mois, à deux ou trois malades de ce genre que la vue et surtout l'introduction de la sonde effrayait beaucoup, je commençais par anesthésier la muqueuse avec la solution de chlorhydrate de cocaïne habituelle (au 1/10). Quelques minutes après, non seulement l'anesthésie était complète, mais la muqueuse étant considérablement rétractée, permettait l'entrée plus facile de la sonde dans les fosses nasales. Tout d'abord mes badigeonnages avaient été limités à la moitié environ de la longueur du conduit nasal. Un peu plus tard je portais ma ouate jusqu'au niveau de la cavité nasopharyngienne et dès lors je constatais que l'air pénétrait

bien plus facilement dans la trompe obstruée. Me rappelant alors ce fait bien connu que la solution de cocaïne rétracte les muqueuses hypertrophiées au point de les accoler exactement sur le squelette qu'elles recouvrent, je songeai à me rendre la route plus large en instillant dans l'orifice du conduit tubaire, aussi profondément que possible, quelques gouttes d'une solution de chlorydrate de cocaïne au 1/15. L'effet espéré ne tarda pas à se produire et au bout de quelques minutes, l'air pouvait pénétrer dans les caisses et améliorer notablement l'audition du malade. Depuis cette époque j'ai continué mes expériences et toujours avec succès. C'est là, je crois, une nouvelle application utile de la cocaïne dont les services sont déjà considérables. Non-seulement on produit ainsi l'anesthésie, et on rend le cathétérisme absolument insensible chez les gens timorés, mais surtout, dès la première séance, on fait un traitement utile et agréable au malade : utile, parce qu'on peut insuffler les vapeurs émollientes ou plutôt légèrement astringentes ou balsamiques; agréable, parce ce que dès le début l'amélioration obtenue encourage le malade à continuer un traitement qui lui sera profitable.

Cet élargissement du conduit nasal, produit par la cocaïne, a déjà été mis à profit par notre sympathique collaborateur le Dr Bryson Delavan, de New-York, pour l'extraction de corps étrangers du nez, dont il facilite notablement la sortie; de même, pour rendre perméables les trompes obstruées, il sera d'une utilité incontestable.

C'est là un petit point de pratique otologique qui me paraît avoir son importance et que je prierai mes confrères de vouloir bien essayer. Je me permettrai seulement de rappeler que pour bien réussir dans les cas graves, on devra d'abord dilater la cavité nasale avec un badigeonnage fait sur cette muqueuse et instiller ensuite, à l'orifice de la trompe, quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/15 au moins, au 1/10, si cela est nécessaire. Une fois l'orifice dilaté, si

l'air pénétrait mal, on ferait une nouvelle instillation de quelques gouttes, qui pénétrerait plus profondément dans le conduit et rendrait l'insufflation plus facile après quelques minutes d'attente.

En l'absence de l'auteur, qui exprime ses regrets à la Société de ne pouvoir assister à la séance, M. le Secrétaire donne lecture de sa communication.

L'article 30 du Statut-Règlement ne permettant pas de la soumettre à la discussion, la parole est donnée à M. le Dr Moura sur la question suivante :

3e Rôle physiologique du muscle aryténoïdien (1).

A propos de l'exposé de ce travail, M. le Dr Gouguenheim demande à faire quelques observations. Il se plaît reconnaître d'ailleurs l'importance des recherches et des considérations que M. Moura invoque à l'appui de son opinion sur la fonction abductrice de l'aryténoïdien. Mais il n'est pas convaincu que ce soit ce muscle qui, par sa contraction, écarte en avant les deux cartilages aryténoïdes et préside, par suite, à l'ouverture de la glotte inter-aryténoïdienne. Pour lui, l'observation clinique confirme les expériences des physiologistes sur l'action adductrice qu'exerce l'aryténoïdien sur les bords de la glotte et en particulier sur sa partie postérieure.

Quant aux irrégularités de l'orifice glottique sur lesquelles M. Moura insiste au début de sa communication, il a eu souvent l'occasion de les constater. Il a fréquemment observé l'existence à l'état physiologique d'une véritable glotte inter-aryténoïdienne et remarqué que les sujets qui présentaient cette disposition devenaient facilement aphones sous l'influence de la laryngite la plus légère.

4° Epistaxis. Tamponnement postérieur des fosses nasales. Otite suppurée des deux côtés, consécutive (une observation) (2).

(1) Sera publié.
(2) Voir page 656.

Epistaxis. Otites bilatérales hémorragiques. Suppuration de l'oreille droite; pneumonie (deux observations), par M. Gellé (1).

M. Miot, à propos des otites suppurées consécutives à l'épistaxis présentées par son confrère M. Gellé, demande si l'inflammation ou la suppuration de la caisse n'existait pas avant l'enlèvement des tampons; il ne trouve, dans la communication, rien qui puisse le fixer à cet égard.

Les otites peuvent être dues à l'introduction dans les caisses des liquides employés pour les injections nasales; il peut citer des faits semblables qui ont été la suite d'irrigations nasales avec de l'eau phéniquée et de l'eau sulfureuse même.

M. Gellé répond que l'accident du côté des oreilles avant le tamponnement n'existait pas. La solution employée par M. Buzot et par le malade, avant l'opération, était celle de perchlorure de fer, faible, à peine colorée; deux injections avaient été faites avec une petite seringue en verre, par notre confrère, dans le but de faire cesser l'hémorragie nasale. L'enlèvement des tampons eut lieu le troisième jour et aucune injection détersive ne fut faite ensuite.

M. Gellé pense que les lavages des fosses nasales, même s'ils étaient mal faits après l'enlèvement des tampons, pourraient éviter les inflammations de la caisse.

Dans le premier cas cité, il attribue les deux otites suppurées à l'action septique du sang et des sécrétions nasales en décomposition. Ici on pourrait craindre qu'on ne critiquât l'insuffisance des moyens antiseptiques employés en pareille circonstance, mais il ne croit pas que des injections détersives soient la cause des otorrhées chez ses malades. M. Miot n'ignore pas, du reste, les observations déjà publiées et dans lesquelles les accidents apparurent sans qu'il y eut de lavage, ni celles où le tampon étant resté une fois cinq jours et une autre fois huit, ces accidents se sont déclarés.

(2) Voir page 664.

En admettant l'opinion de M. Miot, M. Gellé ne s'explique pas la bilatéralité des lésions.

M. Boucheron ne trouve pas dans la relation faite par son honorable collègue, M. Gellé, la preuve que le sang ait pénétré dans la caisse. Pour pratiquer et rendre le tamponnement antiseptique, il faudrait se servir de tampons contenant une solution d'acide phénique, d'iodoforme ou de toute autre substance qui empêche la putréfaction des liquides dans les fosses nasales. La question du mécanisme de cette décomposition, après un court tamponnement, n'est pas bien connue, et il est certain que la grosseur des tampons s'oppose à l'écoulement des liquides et cause leur décomposition.

M. Miot insiste, comme M. Boucheron, sur l'absence de renseignements suffisants indiquant le début de l'inflammation des oreilles moyennes, ce qui permet de croire qu'elle a pu être la conséquence des lavages faits dans les fosses nasales. Si le tampon postérieur était volumineux, il pouvait fermer l'orifice des trompes et empêcher le sang de pénétrer dans les caisses.

M. Chatellier a vu cette inflammation moyenne survenir avec la douche de Weber. Quand on craint une putréfaction des liquides, il ne faut pas hésiter à faire des irrigations antiseptiques.

M. Miot. — Il est vrai que la douche de Weber peut causer des accidents; mais il y a manière de la faire et de s'en servir. Certaines lésions des fosses nasales peuvent produire des otites.

M. Baratoux a observé deux cas analogues à celui de la première observation de M. Gellé. Deux jours après l'enlèvement des tampons, il a constaté la présence du sang dans l'oreille et une otite double suppurée en a été la conséquence.

M. Boucheron. — Les complications à la suite de l'emploi de la douche Weber sont des accidents rares ; si on les compare à la multitude des cas où l'on pratique le lavage des fosses nasales ; on ne saurait s'appuyer sur des exceptions.

M. Gouguenheim. — Les observations de M. Gellé sont très intéressantes, quelle que soit la cause des inflammations de l'oreille moyenne. Tout en ne niant pas que l'irruption de l'eau phéniquée dans le conduit de la trompe puisse produire de l'otite moyenne, il ne pense pas qu'il y ait lieu d'incriminer, dans ces cas, l'emploi des injections antiseptiques dont l'usage est logique et tout à fait indiqué pour nettoyer les fosses nasales après l'enlèvement des tampons.

5° **Anomalie de l'insertion thyroïdienne de la corde vocale droite chez un enfant d'un an,** par M. Moura.

Observation.

Service de M. Hérard, Hôtel-Dieu ancien. Enfant d'un an. Sexe masculin. Congestion des méninges et du cerveau avec ramollissement. Autopsie le 2 août 1874.

Larynx. — Anomalie de la corde vocale et du ventricule à droite. Tubercule d'insertion thyréoïdienne non soudé. Dépression cupuliforme sur le repli sus-glottique.

1° La lèvre vocale droite est formée de deux parties nettement séparées par un nodule dur, cartilagineux, donnant naissance à un petit repli muqueux et transversal qui se perd dans le ventricule.

La portion antérieure est longue de 4 millimètres, a l'aspect de la membrane muqueuse, la teinte rougeâtre dans son épaisseur; elle est fusiforme avec l'apparence d'un ligament élastique, car elle est susceptible d'allongement et peut acquérir 5 millimètres.

La portion postérieure est d'un blanc nacré, tranchante, longue de 5^{mm}5; elle est en forme de croissant, avec la concavité dirigée en haut et en dedans. C'est le vrai ligament vocal.

Le point de séparation de ces deux parties de la lèvre glottique est nettement indiqué par un tubercule blanc, cartilagineux, de la grosseur d'une tête de petite épingle; ce tubercule, très saillant, semblable à un grain de millet blanc,

n'est autre que le tubercule d'insertion du ligament vocal inférieur détaché du thyrhéoïde. De sorte que le bord de la glotte de ce côté a perdu son point d'appui naturel sur le cartilage de la pomme d'Adam;

2° Le ligament supérieur ou sus-glottique présente, au niveau de son tiers postérieur, une petite dépression en forme de cupule, dans laquelle se loge le nodule thyréoïdien, quand on rapproche l'arythénoïde droit de l'arythénoïde gauche, ou quand on le fait glisser sur le cricoïde d'arrière en avant ou de haut en bas;

3° Le ventricule droit est séparé en deux parties bien distinctes, par une bride fibro-muqueuse qui part du tubercule cartilagineux et se porte directement en dehors, dans l'intérieur de sa cavité. Cette bride a une forme arquée, fait saillie si l'on vient à tendre le ligament vocal inférieur, ainsi que la paroi externe de cette cavité. Cette disposition anatomique fait que le ventricule présente deux aspects, suivant son état de repos ou son état de tension.

A l'état de repos, il est divisé en deux portions inégales : l'antérieure, plus petite, étroite; la postérieure, un peu plus longue, représentant le véritable orifice du ventricule.

A l'état de tension, la portion antérieure prend la forme d'une petite cavité régulière qui se prolonge en haut sous les deux tiers antérieurs du repli ou ligament supérieur et représente la partie supérieure conique de la cavité ventriculaire. La portion postérieure, plus grande et moins profonde, semble creusée aux dépens de la lèvre vocale inférieure; de sorte que celle-ci, réduite à $1^{mm}1/2$ d'épaisseur seulement, n'est

qu'une membrane très mince et le ventricule, à ce niveau, ressemble à une poche à ouverture supérieure.

L'arythénoïde droit paraît un peu plus fort que celui de gauche.

Les deux tiers de l'épiglotte ont été enlevés par celui qui a fait l'autopsie.

RÉFLEXIONS.

L'anomalie que je mets sous vos yeux, et dont j'ai moi-même fait le dessin — la pièce a été égarée à l'Hôtel-Dieu — est, si je ne me trompe, la première en son genre.

Elle offre de l'intérêt à divers points de vue, mais je ne m'arrêterai que sur celui qui se rapporte à l'embryogénie.

Suivant Coste, le larynx est reconnaissable à la fin de la cinquième semaine. Vu par le pharynx, il présente une fente bordée de deux bourrelets (1).

Kolliker dit qu'à la fin de la sixième semaine il est assez proéminent, et les deux bourrelets sont les *rudiments* des aryténoïdes; un renflement situé en travers et en avant de ceux-ci représente l'*épiglotte* (2).

Ces cartilages, suivant Reichert, se développent sur la face interne du troisième arc bronchial et l'épiglotte, comme la langue, serait formée de deux moitiés.

Kolliker admet ce mode de développement pour l'épiglotte seulement. Tous les autres cartilages et ceux de la trachée se forment aux dépens du pharynx; le larynx n'a pas de rapport direct avec l'arc bronchial.

Le thyréoïde provient du quatrième arc, d'après His (3). Fleischmann dit que le thyréoïde et le cricoïde se forment par la réunion de deux moitiés; mais Kolliker ne partage pas cette manière de voir.

Il me semble bien difficile de ne pas considérer comme composé de deux moitiés : 1° le thyréoïde, quand on voit

(1) *Hist. du dével.*, pl. IV a, fig. 5.
(2) *Embryologie*, p. 905. *Larynx*.
(3) *Anatomie d'embryons humains*, I. Leipzig, 1880.

d'abord la non soudure de ses deux lames quadrilatères persister pendant la vie, ainsi que j'en ai cité un exemple dans mon second mémoire sur la laryngométrie, et ensuite les fractures de ce cartilage se produire sur les côtés de la ligne médiane ou de la troisième pièce signalée par Rambaud et Renaud (1); 2° le cricoïde, car on peut se convaincre que le point de réunion de ses deux moitiés est indiqué, d'une part, sur la face postérieure du chaton par une arête médiane qui se termine en échancrure en bas, et, d'autre part, sur la face antérieure de l'anneau par une saillie, assez prononcée parfois pour former une double petite tubérosité.

Le thyréoïde se développe plus tard que les aryténoïdes.

Les cordes vocales existent sur le fœtus de quatre mois, d'après Kölliker, et le larynx commence son évolution cartilagineuse entre la huitième et la neuvième semaines, époque à laquelle on distingue les quatre cartilages.

L'insertion des ligaments de la glotte sur l'angle interne du thyréoïde se fait, d'après quelques anatomistes, sur deux petits tubercules. Je ne les ai point rencontrés, quant à moi, d'une façon bien nette; je n'ai trouvé, sur un certain nombre de larynx masculins, qu'une saillie plus ou moins accentuée du cartilage, à droite et à gauche, avec une dépression médiane plus ou moins profonde, centre de l'*Étoile des sillons laryngés;* le cartilage est quelquefois très mince au niveau de la dépression, transparent même.

L'anomalie que présente mon dessin démontre que l'extrémité antérieure du vrai ligament droit de la glotte est muni d'un petit nodule cartilagineux, blanc et dur, qui peut être regardé comme un tubercule d'insertion détaché du thyréoïde ou non soudé à ce cartilage.

La question qui se présente est celle de savoir à quelle époque de la vie intra-utérine cette anomalie s'est pro-

(1) *Origine et développement des os,* avec Atlas, 1864.

duite; et, dans ce cas, est-elle le résultat d'un arrêt de développement ou d'une cause pathologique appréciable?

Je ne fais que poser la difficulté, n'ayant pas les moyens de la résoudre d'une façon nette et précise.

6° **Développement anormal du pavillon de l'oreille chez un adulte**, par M. Ménière.

J'ai eu l'occasion de voir dernièrement avec M. le Dr Périer, chirurgien des hôpitaux, un cas fort rare de difformité des deux pavillons.

Voici l'observation :

M. X..., trente-quatre ans, d'une excellente constitution, ne présente aucune diathèse appréciable, syphilitique ou autre.

Il y a deux ans, M. X... s'est aperçu que le pavillon de son oreille droite se développait d'une façon insolite et en même temps s'aplatissait. Cette modification se faisait petit à petit, d'une façon presque insensible. Ce ne fut qu'au bout d'un an que le malade s'en inquiéta.

C'est alors que le pavillon de l'oreille gauche commença à subir la même déformation. Lors de notre examen, nous avons trouvé à droite la conque aplatie. Toute la partie cartilagineuse présente un épaississement hypertrophique très marqué, sans qu'on trouve en aucun point une adhérence de la peau plus sensible qu'à l'état normal.

L'hélix a l'air de se dérouler et l'anthelix de s'aplatir. La lobule a sa dimension ordinaire.

Il en est de même du côté gauche, mais à un degré moins avancé.

La difformité est donc symétrique, mais plus marquée à droite.

M. X... désirait savoir si on pourrait tenter quelque chose pour obvier à cette difformité.

Tout bien examiné, il nous a semblé, à M. Perier et à moi, qu'il n'y avait pas lieu d'intervenir chirurgicalement pour le moment.

En effet, dans l'état actuel une opération donnerait un résultat bien peu convenable.

D'un commun accord, il a été convenu que nous attendrions six ou huit mois avant de rien tenter.

Nous avons prié M. X... de bien vouloir faire faire le moulage des deux pavillons Ce moulage, que je voulais présenter à la Société d'otologie, nous aurait permis de nous rendre compte des modifications qui pourraient se produire plus tard. Le malade, après nous avoir promis de le faire exécuter, est reparti sans donner suite à sa promesse.

Je n'ai jamais vu semblable difformité et ne l'ai point trouvée décrite dans les ouvrages classiques.

Il m'a été assuré que Schwartz avait indiqué ce genre de malformation dans le recueil de ses leçons cliniques.

Le temps m'a manqué pour faire des recherches à cet égard, mais cette observation, quoique incomplète, m'a paru assez intéressante pour être communiquée à la Société.

M. Gellé cite, à cette occasion, un exemple de difformité des deux pavillons remontant à 8 ou 10 mois.

M. Gellé. — Je demanderai à M. Ménière si la coloration de la peau des pavillons hypertrophiés qu'il a vus était changée? J'ai eu l'occasion d'étudier, avec M. le Dr Dusart, un cas où les pavillons étaient aussi hypertrophiés et surtout épaissis. Les sillons étaient comblés, la surface plate, lisse, polie, sèche, carminée, sans squames, ni furfures, ni boutons, ni sécrétion d'aucune sorte. Les pavillons étaient absolument indolores et atteints de la même lésion. Cet état remontait déjà à plusieurs mois quand je vis le sujet bien portant du reste et n'ayant aucune trace de diathèse. Après quelques essais de thérapeutique infructueuse, il fut soumis au traitement par le sirop de Gibert; tout avait disparu quelques semaines après.

M. Ménière. — M. le Dr Périer et lui ne purent découvrir de traces de syphilis chez leur malade. L'oreille droite avait

commencé à s'aplatir et à s'hypertrophier depuis deux ans, l'oreille gauche à son tour depuis six mois. La couleur du pavillon était normale.

7° Polype fibro-muqueux des arrières narines—Morcellement de la tumeur — Extirpation sans opération préliminaire — Examen histologique — Réflexions, par M. Chatellier.

Messieurs,

Nos statuts imposent à toute personne qui sollicite vos suffrages, l'obligation de présenter à la Société, en même temps que sa lettre de candidature, un travail inédit sur l'un des sujets qui nous intéressent.

C'est cette dette pour laquelle vous avez bien voulu m'accorder crédit, que je viens acquitter aujourd'hui, non toutefois sans vous avoir au préalable exprimé toute ma gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en m'admettant parmi vous.

Les lignes qui suivent sont extraites d'un travail plus étendu, mais dépassant les limites que nous permettent nos règlements, travail qui paraîtra ultérieurement dans les annales des maladies de l'oreille et du larynx :

Le jeune X..., âgé de dix-huit ans et demi, est affecté de polypes du nez. Les polypes antérieurs ont l'aspect des polypes muqueux, hyalins, vulgaires; mais la rhinoscopie postérieure fait découvrir en arrière un polype volumineux qui comble toute la cavité naso-pharyngienne.

Sa couleur d'un blanc opaque, tendineux et sa surface mamelonnée lui donnent un aspect caractéristique et nous portons pour cette tumeur, le diagnostic de polype fibro-muqueux, basé sur les signes objectifs qu'elle présente et sur la coexistence de polypes muqueux.

Les polypes muqueux sont facilement enlevés; mais il n'en est pas de même pour le polype fibro-muqueux; ses dimensions en effet sont telles que le serre-nœud ne peut passer entre lui et la cloison des fosses nasales. Ne pouvant le saisir.

nous introduisons l'instrument par la narine opposée et à deux reprises successives nous sectionnons la partie qui dépasse la ligne médiane. La tumeur ainsi diminuée de volume se déplace un peu et alors seulement l'anse métallique peut être introduite par la narine correspondante et saisir le polype jusqu'au niveau de son pédicule qui est sectionné.

Deux faits sont à noter : d'une part, l'absence complète d'hémorragie après le morcellement et après la section du pédicule; d'autre part, la résistance extrême de la tumeur, aussi bien au moment du morcellement qu'à celui de la section du pédicule.

La tumeur quoique réduite de volume a encore 4 centimètres de longueur sur 3 d'épaisseur.

L'examen rhinoscopique postérieur permet de constater que l'implantation du pédicule se faisait sur la voûte de la fosse nasale droite, entre le cornet supérieur et la cloison, à un centimètre environ en avant du pourtour Choanal.

L'examen histologique fait reconnaître que la tumeur est formée : au centre de tissu muqueux pur; à la périphérie de tissu fibreux adulte et dans les zones intermédiaires d'un mélange, en proportions variables, de ces deux tissus. La tumeur est peu vasculaire.

RÉFLEXIONS.

1° Les tumeurs fibro-muqueuses des fosses nasales, qui occupent toujours le voisinage du pharynx supérieur, ont été souvent confondues par les chirurgiens avec les véritables polypes fibreux noso-pharyngiens et ont fréquemment été opérées avec de larges délabrements des parties molles;

2° Après avoir lu les bulletins de la Société de chirurgie et les discussions qu'ils renferment sur ce sujet, nous sommes intimement convaincu que ces polypes fibro-muqueux peuvent, la plupart du temps, peut-être même toujours, être opérés par les voies naturelles sans opération préliminaire;

3° Au point de vue anatomique, ces tumeurs doivent être considérées comme des polypes muqueux développés sous une membrane fibreuse qu'ils repoussent au-devant d'eux en s'enveloppant ou qu'ils ont plus ou moins dissociée en s'infiltrant dans son épaisseur.

M. Gellé. — Si on ne fait pas l'extraction de ces polypes toujours par la voie naturelle, cela tient sans doute à ce que les prolongements qu'ils envoient dans les anfractuosités des fosses nasales s'y opposent. Ce qui est surtout intéressant dans le fait de M. Chatellier, c'est l'absence de perte de sang pendant et après l'opération.

Election du nouveau Président pour procéder à l'ouverture de la Session générale prochaine, conformément à l'article 16 du Statut-Règlement.

M. le Dr Gouguenheim est élu par ses collègues.

M. Ménière déclare la session close à onze heures.

Pour le Comité :

Le Secrétaire,

Dr Moura.

COMPTE RENDU DE LA 59e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A BERLIN

Tenue a Berlin du 18 au 24 septembre 1886

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

(Suite et fin) (1).

Séance du 23 septembre 1886 (2).

Présidence de M. Schnitzler (Vienne).

M. Rosenfeld (Stuttgart) : **Des abcès de la trachée.** — L'auteur en a observé deux cas tout récemment. Le premier concernait une jeune dame qui, après une laryngite catarrhale légère, fut subitement prise d'hémoptysie. A l'exa-

(1) Voir n° 11, p. 622.

(2) D'après le *Tageblatt der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte in Berlin*, 18-24 septembre 1886.

men, on constata sur la muqueuse trachéale deux ulcérations qu'on cautérisa avec le nitrate d'argent. Guérison.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme qui avait été atteinte d'accès de suffocation. A l'examen laryngoscopique on découvrit, au niveau du deuxième anneau trachéal, un petit abcès dont on pouvait voir trembloter la paroi, et qui se vida le lendemain. Le contenu des deux abcès était composé de cellules de pus et de masses grumeuses analogues à celles des kystes athéromateux.

M. Bayer (Bruxelles) : **De la transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes (carcinomateuses ou sarcomateuses).** — M. Billroth, dans son travail sur la structure des polypes muqueux (Berlin 1855), avait émis l'opinion de la transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes comme « un mythe transmis de père en fils ». Depuis lors, la plupart des auteurs modernes niaient cette transformation. Michel fut le premier qui, en 1876, rapporta un cas, parlant en faveur de la métamorphose des polypes muqueux en tumeurs malignes. Un autre cas analogue fut décrit par M. Hopmann *(Monatsschr. f. Ohrenheilk*, 1885); et M. Schmiegelow. dans la *Revue mensuelle de Laryngologie*, de 1885, entra dans les détails de cette question et cita quelques faits observés par M. Schæffer. Mais dans tous ces cas il manquait toujours quelque chose pour rendre la preuve complète.

L'auteur a observé un fait venant prouver cette transformation maligne de certains néoplasmes bénins. Nous publierons, du reste, cette communication *in extenso* dans le prochain numéro de la *Revue*.

M. Lublinski (Berlin) : **De la laryngite sèche.** — Il existe une forme de laryngite chronique qui correspond à la pharyngite sèche et qui, d'après l'auteur, provient d'une propagation de cette dernière affection à la muqueuse laryngée. Toutefois, la laryngite sèche n'est pas si fréquente que a pharyngite. L'affection est caractérisée par l'atrophie de

la muqueuse et par la formation de croûtes adhérentes. Le traitement consiste en cautérisations avec une solution de chlorure de zinc au 1/50 ou 1/30.

M. Stoerk fait observer qu'il faut distinguer entre la sécheresse de la laryngite sèche et celle qui survient, pendant quelque temps dans le cours d'inflammations aiguës des muqueuses et qui n'est qu'un symptôme de la stase sanguine. Souvent, la laryngite est inguérissable. Le meilleur traitement est le traitement prophylactique, qui consiste à enlever les sécrétions de bonne heure, surtout lorsqu'il existe des rhinites catarrhales.

M. Michael dit que si la formation de sécrétions sèches est un symptôme caractéristique de la laryngite sèche, il existe aussi une forme aiguë de cette affection, comme le prouve un cas observé par lui. Il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans qui fut atteinte d'une dyspnée tellement intense qu'on pensait à pratiquer la trachéotomie. Mais avec un pinceau on enleva des croûtes sèches, et la malade fut complètement guérie au bout de quelques jours. Il en a encore observé deux autres cas analogues, mais moins graves (1).

Le meilleur traitement, dans la pharyngo-rhinite sèche, est l'aspiration de lait tiède par le nez, et, dans la pharyngite les pulvérisations avec du lait.

M. Tornwaldt recommande de restreindre les mots pharyngite et laryngite sèches aux cas dans lesquels la muqueuse est atrophiée et dépourvue de sécrétions.

M. Moritz Schmidt a constaté la laryngite sèche, surtout chez les femmes qui travaillent auprès des fourneaux allumés.

M. Bayer recommande, en dehors du traitement local, un traitement interne avec l'apomorphine et l'arsénic.

M. Morelli (Pesth) a observé cette affection liée à une rhinite sèche chez des jeunes filles lymphatiques de douze à

(1) M. Moure a publié, il y a bientôt 4 ans, un cas analogue (Voir *Revue* 1883, p. 161).

quatorze ans. Les symptômes trachéaux sont les plus pénibles, car les malades rejettent avec beaucoup de peine quelques sécrétions ayant le volume d'une noix. Il a obtenu de bons résultats avec la glycérine phéniquée (1,50).

M. Gottstein pense qu'il existe une laryngite sèche indépendante d'une affection analogue du pharynx. Tandis que la pharyngite sèche se trouve chez des personnes plus âgées et appartenant aux deux sexes; la laryngite sèche aiguë se rencontre surtout chez les cuisinières et les savonneuses.

M. Schadewaldt : **De la localisation des sensations dans la gorge.** — Les irritations des différentes parties de la gorge sont ordinairement mal localisées et transmises dans la région laryngo-trachéale. Une analogie de ce fait existe du côté des organes génitaux.

Ce défaut de localisation se retrouve également dans les sensations pathologiques (paresthésies). C'est ainsi que les douleurs des orifices postérieurs du nez sont ressenties au niveau de la région laryngo-trachéale.

M. Heymann (Berlin) présente un cas de **trachéocèle** observé chez un enfant de quatre ans. Dans les quinze cas connus jusqu'à présent, la communication entre la trachéocèle et la trachée se trouvait sur la paroi postérieure de cette dernière. Chez ce malade, le siège de l'orifice est difficile à déterminer; mais il est probable qu'il est assez étroit, car la cavité ne se remplit que lentement pendant les efforts de l'enfant de toux ou de cris.

Séance de l'après-midi.

Présidence de M. Moritz Schmidt (Francfort-sur-Mein).

M. Schwabach : **De la bourse pharyngée.**— Le rapporteur prouve, à l'aide d'un grand nombre de préparations, que l'opinion de Luschka et de Tornwaldt sur l'existence *d'une bourse* pharyngée en état normal n'est pas juste. En effet, dans la région du tissu adénoïde on ne trouve qu'une simple

dépression médiane de la muqueuse, déjà décrite par M. Ganghofner; parfois même on ne voit qu'une petite fossette. Cette dépression médiane ne forme pas un tissu anatomique à part, comme le dit M. Tornwaldt, mais elle est simplement le sillon médian de la tonsille pharyngée. Aussi, l'affection de la bourse pharyngée n'est autre chose qu'une inflammation de la partie médiane du tissu adénoïde pharyngien. Cette portion de la muqueuse par sa profondeur se prête plus facilement que les sillons latéraux de cet organe à la rétention des sécrétions, et à la formation des kystes.

M. Tornwaldt répond qu'il n'attribue aucune importance au mot : « bourse pharyngée », et qu'il a donné du sillon médian une description analogue à celle de M. Schwabach.

M. Tornwaldt : **Du catarrhe rétro-nasal.** — L'auteur distingue plusieurs altérations de la voûte pharyngée différentes dans leur forme et leur siège. Chacune de ces lésions, ou toutes à la fois, peuvent donner lieu à ce que nous appellons le catarrhe rétro-nasal.

A l'examen rhinoscopique, on constate soit de l'hypersécrétion, soit la formation de cicatrices ou l'existence de kystes. L'hypersécrétion peut provenir : 1° de la bourse pharyngée; 2° d'une ou de plusieurs glandes acineuses dilatées; 3° des lacunes du tissu adénoïde; 4° d'abcès de follicules lymphoïdes; 5° de parties limitées de la surface de la muqueuse; 6° de toute la surface de cette dernière; 7° des fosses nasales ou de ses sinus.

La formation de cicatrices peut rendre adhérentes des parties voisines de la muqueuse et entraver leurs mouvements (adhérence du bord postérieur de l'orifice de la trompe avec la voûte pharyngée). Elle peut obstruer les orifices des glandes et par cela même devenir la cause de leur atrophie ou de leur transformation en kystes.

Les kystes surviennent aussi à la suite d'abcès des follicules lymphoïdes, qui ne se sont pas ouverts.

L'importance de ces altérations consiste dans les troubles occasionnés par l'accumulation de la sécrétion et dans les

irritations nerveuses qu'elles déterminent. Quant au traitement, l'auteur reproduit ce qu'il a déjà dit dans son travail sur la bourse pharyngée.

M. Boecker (Berlin) dessine des images ayant pour but de montrer la différence **de la paralysie organique et de la paralysie hystérique des abducteurs.**

M. Koehler (Posen) présente deux **rhinolithes.** L'un provenant d'une fille de treize ans qui depuis sept ans souffrait d'écoulement fétide de la fosse nasale. Un morceau de bois formait le noyau de ce rhinolite.

L'autre se trouvait dans la fosse nasale d'une femme de quarante-trois ans qui n'avait éprouvé aucun trouble du côté du nez. Le calcul ne contenait pas de noyaux, il mesurait presque 3 centimètres de long et de 1 à 2 centimètres de haut, il pesait 0,85 grammes. La surface accolée à la cloison était lisse, l'autre bosselée, en choux-fleurs.

MM. Morelli, Schlesinger et Schmidt rapportent chacun un cas analogue.

M. Schnitzler (Vienne) : **De la combinaison de la syphilis et de la tuberculose du larynx.** — M. Schnitzler donne l'histoire de plusieurs malades qu'il a eu l'occasion d'observer pendant plusieurs années et qui lui ont fourni la certitude de la combinaison de ces deux processus morbides.

La syphilis et la tuberculose se trouvent non seulement confinées dans le larynx, mais les ulcérations syphilitiques peuvent se transformer en ulcérations tuberculeuses, qui, d'après l'auteur, forment un foyer favorable à la culture des bacilles de la tuberculose.

Le diagnostic différentiel entre les deux affections n'est pas toujours possible par l'examen laryngoscopique seul, mais il faut tenir compte des autres symptômes propres à chacune de ces deux diathèses.

M. Schlesinger (Dresde) parle des **Opérations rhinoscopiques guidées par un miroir fixe.**

M. Loewe (Berlin) présente des **coupes faites sur les fosses nasales de lapins** et démontre que : 1° le labyrinthe de l'ethmoïde est le siège principal de la fonction olfactive ; 2° qu'il existe au-dessous de la cloison et tout près de l'entrée des fosses nasales une cavité accessoire, découverte depuis quatre-vingts ans par Jacobson ; 3° toutes les glandes de l'antre d'Highmore aboutissent dans un conduit excréteur commun qui s'embouche dans les fosses nasales en dehors et au-dessus de l'extrémité antérieure du cornet inférieur.

M. Cohn (Vienne): **Sur une nouvelle méthode du traitement du bégaiement.** — L'auteur fait d'abord parler les malades à voix chuchotée, quelques jours après il leur fait hausser un peu la voix ; et ainsi de suite jusqu'à ce que la hauteur du son produit corresponde aux facultés sonbres individuelles.

M. Schnitzler retire sa proposition faite l'année dernière de créer une Société allemande de laryngologie.

Dr L. Lichtwitz.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des maladies de l'oreille (*Handbook of diseases of the Ear*). Lewis, 136, Gover st., édit. (Londres 1886).
par le Dr Urban Pritchard.

Le petit livre que notre savant collaborateur vient d'offrir au public médical est surtout écrit au point de vue pratique, et l'auteur y résume les résultats de son expérience déjà longue.

L'anatomie de l'oreille externe, moyenne, de l'appareil de perception, de l'oreille interne et du nerf acoustique constituent la première partie de l'ouvrage. Viennent ensuite les modes d'examen de l'organe de l'ouïe, les spécula et les éclairages le plus convenables pour pratiquer l'inspection des oreilles. Quelques considérations sur la pharyngoscopie, l'examen du pouvoir auditif et le cathétérisme des trompes terminent cette deuxième partie.

Dans le troisième chapitre, l'auteur étudie les malformations, les traumatismes, les affections et les tumeurs; seul, le pavillon peut être atteint : les imperforations et rétrécissements du conduit, les affections qui atteignent cette portion de l'oreille sont brièvement décrites dans le chapitre suivant et l'auteur fait ressortir les avantages des injections sur les autres moyens de traitement pour les accumulations cérumineuses ou l'ablation des corps étrangers de l'oreille. Les exostoses sont aussi l'objet d'une description attentive.

Les maladies de l'oreille moyenne et celles de la cavité naso-pharyngienne, le traitement des végétations adénoïdes font l'objet des chapitres 5, 6, 7 et 8. Les diverses complications que peuvent entraîner ces diverses affections de la caisse (les suppurations en particulier) sont mentionnées par l'auteur avec le traitement qu'il convient d'opposer à chacune d'elles.

Les lésions de l'appareil de perception des sons, l'éducation des sourds-muets et quelques notes de physiologie auriculaire sur l'audition au milieu des bruits, les bourdonnements, les cornets acoustiques terminent ce manuel auquel l'auteur a adjoint, sous la forme d'appendice, la plupart des traitements appropriés aux maladies de l'oreille.

C'est là, comme nous l'avons dit au début, un livre pratique dans lequel le praticien trouvera des indications précieuses soit pour reconnaître, soit pour traiter les diverses lésions qui peuvent atteindre l'organe de l'ouïe.

L'organe de l'ouïe. Nouvelles recherches anatomiques comparées (Florence, 1886),

Par M. Tafani Alessandro.

Dans ce travail de 137 pages avec 87 figures intercalées dans le texte, l'auteur parvient, par une analyse très minutieuse, à cette conclusion que, même à l'organe de l'ouïe, trouve son exacte application le principe formulé par Leibnitz : *Nihil per saltum in natura* qui, à l'époque moderne, infirme toute doctrine du transformisme.

Dans les sept chapitres qui font l'objet de la division de son travail, l'auteur décrit l'anatomie et la physiologie de l'appareil acoustique, à partir des espèces animales d'ordre infime (des mollusques) jusqu'à l'homme. Il met en évidence les modifications graduelles qui se sont passées de l'une à l'autre classe, d'une espèce à l'autre, pour atteindre ensuite l'organisation complexe que présente l'ouïe de l'homme, soit dans son ensemble, soit dans ses parties.

En passant en revue les mollusques, parmi lesquels les gastéropodes et les ptéropodes sont doués d'un appareil acoustique à l'état naissant (une simple cavité kystique dépourvue de toute dépression ou protubérance), l'auteur fait ressortir que, même chez les ptéropodes, parmi les mollusques, on aperçoit le premier rudiment d'une organisation complexe, qui se prononce de plus en plus chez les polypes et les sèches. Dans ces animaux, l'*otocyste*, tout en étant constituée par une seule cavité, nous présente déjà une formation plus compliquée par les protubérances qui s'y remarquent et refoulent certaines parties vers le centre de la cavité. C'est pourquoi on a affirmé que chez ces êtres, si bas placés dans l'échelle animale, les otocystes représentent une transition entre l'organe acoustique monocavitaire des invertébrés et le labyrinthe membraneux des vertébrés.

L'auteur nous montre ensuite les perfectionnements, qui s'accomplissent toujours suivant un ordre merveilleux et des lois immuables, dans toute l'échelle des autres animaux, depuis la sèche jusqu'au cyclostome, depuis le ptromiron jusqu'aux gonoïdes, chez lesquels, le labyrinthe membraneux se remarque déjà par sa formation en deux parties bien distinctes, dont l'une est placée sur l'autre. Il se produit là un processus analogue à celui de la segmentation de la vésicule acoustique dans sa période embryonnaire des animaux d'ordre supérieur, des gonoïdes aux teleossées et clasmobranches, jusqu'aux amphibies, aux reptiles, aux oiseaux et enfin aux mammifères.

Chez ces derniers, quoiqu'on n'aperçoive nulle partie de nouvelle formation, on remarque bien cependant des carac-

tères particuliers qui nous permettent de distinguer d'emblée leur appareil acoustique de celui des oiseaux. Même dans l'ordre des mammifères, ce progrès dans l'organisation de l'appareil acoustique, et surtout dans le perfectionnement d'une seule parmi les nombreuses parties du labyrinthe membraneux, se remarque toujours du dernier jusqu'aux plus hauts placés dans cette classe d'animaux.

Dans la constitution histologique se décèle encore cette harmonie morphologique observée dans les formes externes, cette unité de lois qui président à l'organisation de la vie animale. C'est toujours sur le même type que se forme le tissu des parois, et la surface interne est toujours recouverte par un épithélium de même nature; il en est ainsi pour le tissu nerveux et le simple tissu de revêtement.

L'auteur n'oublie pas cette remarque très importante que l'évolution progressive, qu'on rencontre d'une classe à l'autre de la hiérarchie animale, trouve son pendant dans l'évolution qui s'accomplit chez les mammifères à la période embryonnaire. Voilà comment l'auteur fait la synthèse de ce processus ontogénétique : « L'organe acoustique, qui provient d'une invagination vésiculaire du feuillet externe du blastoderme perd bientôt dans l'embryon du mammifère sa forme vésiculaire primitive et se divise en deux parties secondaires, dont l'une est située au-dessus de l'autre. De cette division naissent des systèmes correspondants de cavités bien marquées.

Dans ce travail qui se distingue par sa précision scientifique et qui est écrit de main de maître, l'auteur nous fait connaître tout ce que la science a découvert jusqu'à ce jour sur cet organe si complexe, et en même temps doué d'une finesse si exquise. Ses théories sont toujours appuyées sur des faits bien avérés, et qui ont reçu un cachet scientifique de rigoureuses observations anatomiques.

Ce travail devra donc être consulté par tous ceux qui désirent connaître bien à fond l'anatomie et l'histologie de l'appareil acoustique, par tous ceux qui ne se bornant pas à la connaissance des faits tels qu'ils nous apparaissent, cherchent une explication aussi complète que possible des faits eux-mêmes.

Je crois que cette analyse sommaire sera suffisante, sans qu'il me faille suivre l'auteur dans les détails de son étude intéressante et instructive, qui sortirait des limites déjà très étendues de la *Revue*. Dott. F. CARDONE.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE.

Laryngotomie inter-crico thyroïdienne pour un rétrécissement du larynx, dilatation, attouchement au galvanocautère, hémorragie, par MM. BOURSIER et MOURE.

M. A. BOURSIER présente un malade auquel il a pratiqué une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne et qui n'a pas laissé sa canule depuis vingt-six mois.

L'opération fut pratiquée pour une tuberculose laryngée accompagnée de dyspnée croissante avec menace de suffocation. Le cartilage cricoïde fut fracturé pendant l'introduction de la canule, mais cet accident n'eut pas de conséquences.

Le malade est aujourd'hui en bon état; les lésions pulmonaires ne se sont pas sensiblement aggravées.

M. Boursier insiste sur le procédé opératoire employé et qui lui paraît, beaucoup plus simple chez l'adulte que la trachéotomie, car il ne présente aucun danger d'hémorragie. Il croit que son observation répond absolument au reproche que l'on a fait à cette opération, sur la difficulté qu'il y aurait à maintenir la canule en place. La section du cricoïde lui paraît indispensable pour permettre l'introduction d'une canule d'un calibre suffisant pour la respiration d'un adulte. Pour ce qui est de l'action irritante sur la partie supérieure du larynx à la suite de la laryngotomie et du séjour de la canule dans la trachée, il ne se croit pas en mesure d'y répondre dans le cas présent.

M. MOURE qui a envoyé le malade à M. Boursier lui avait déjà donné ses soins avant l'opération. Depuis il a essayé de la dilatation de l'organe pour rendre possible la respiration laryngienne. A cet effet il a voulu d'abord détruire, avec le

galvano-cautère, le bourgeonnement des bandes ventriculaires, mais une hémorragie très abondante étant survenue, il a dû renoncer à ce procédé, de même il a dû renoncer à l'emploi des cônes dilatateurs de Schrœtter qui amenaient de l'inflammation de la muqueuse et de l'œdème de voisinage. Cet œdème fut combattu par des attouchements galvaniques, et ce ne fut que le deuxième jour que se produisit une amélioration très appréciable. Il signale ces inconvénients pour s'élever contre l'emploi d'une méthode prônée comme excellente par quelques praticiens (*Journal de méd. de Bordeaux* du 1er avril 1886).

Trois cas d'œdème du larynx traités avec succès par la scarification (*Three cases of œdematous Laryngitis successfully treated by scarification*), par le Dr George Mackern.

Dans ces trois cas, les malades étaient sous la menace d'une suffocation imminente; l'auteur obtint un soulagement immédiat et finalement la guérison des malades. Le premier était atteint de gomme syphilitique située sur le cricoïde; l'œdème inflammatoire avait graduellement envahi le larynx tout entier. Le second est un cas d'œdème par propagation. Il s'agissait probablement d'un érysipèle du pharynx propagé au larynx. L'auteur ne sait à quelle cause attribuer l'œdème dans le troisième cas; la maladie dura trois jours et les scarifications furent suivies d'une amélioration immédiate (*The Lancet*, 8 mai 1886). Dr J. Ch.

Contribution à l'étude des gommes du larynx,
par le Dr J. Charazac, de Toulouse.

Les gommes du larynx, manifestations tardives de la syphilis, surviennent plus fréquemment d'après les auteurs, chez l'homme que chez la femme. Les causes déterminantes ne sont pas bien connues; on a incriminé le tabac, l'alcool, le froid, etc. Elles affectent dans le larynx la forme diffuse et la forme circonscrite et dans l'un et l'autre cas traversent dans leur évolution, deux périodes bien distinctes, la période d'infiltration et celle d'ulcération.

On doit diviser les symptômes en deux groupes principaux:

les symptômes subjectifs et les symptômes objectifs. Dans le premier groupe, l'auteur étudie les caractères et les modifications de la douleur, de la respiration de la voix, de la toux, de l'expectoration et de la déglutition.

A propos de la douleur, on doit faire observer que bien qu'elle manque très souvent, elle peut cependant exister même à la période d'infiltration, quelquefois même très violente, se propageant du larynx à l'oreille et en tout semblable à la douleur qui est la compagne habituelle du cancer du larynx. M. Charazac, dans son travail, rapporte à ce sujet une observation très remarquable.

La gêne respiratoire est en rapport avec le degré de la sténose, mais surtout avec la rapidité avec laquelle s'est produite la paralysie respiratoire aiguë décrite par Schiffers, et qui survient souvent dans les cas de syphilis laryngée.

Les symptômes objectifs sont pour la plupart révélés par l'examen laryngoscopique. C'est par le miroir laryngien que l'on peut se rendre compte du siège de l'inflammation, de son étendue, de la période d'évolution à laquelle elle se trouve.

Le diagnostic des gommes du larynx doit être fait avec la tuberculose, le cancer, la lèpre, le lupus. Les antécédents et les symptômes constatés au laryngoscope le rendent assez souvent facile. Dans les cas de gommes ulcérées, la forme et l'aspect de l'ulcération sont ordinairement assez caractéristiques; dans la syphilis elles sont ordinairement profondes, à bords taillés à pic et nettement délimités. Enfin dans les cas douteux, le traitement spécifique doit être institué, il constitue pour ainsi dire la « pierre de touche » du diagnostic. Le pronostic, à moins de complication soudaine, est favorable dans les cas de gommes non-ulcérées, la lésion cède très facilement au traitement; il est plus grave quand les ulcérations se sont produites en raison des désordres qu'elles peuvent laisser après elles, alors même qu'on est arrivé à enrayer la marche de la cicatrisation. Le traitement est celui de la syphilis (*Revue médicale de Toulouse*, 1er octobre 1886).

Un cas de laryngo-typhus, par le Dr Hansen.

Affection grave, comme semblerait le prouver une statistique de Lüning où sur 147 cas il y eut 77 morts et 70 guérisons : des 70 guéris, 64 avaient eu de la périchondrite et 11 seulement purent à la longue enlever leur canule.

En Danemark, où l'affection paraît très rare, le docteur Tage-Hausen en a observé 1 cas. Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui un mois et demi après être entré à l'hôpital pour une fièvre typhoïde, fut pris d'une dyspnée violente qui nécessita la trachéotomie. Une amélioration très notable suivit l'opération; mais la canule ne put être enlevée. M. Hansen essayera plus tard les instruments de Schrötter, pour la dilatation du larynx (*Hospitals Tidende*, 24 février 1886, *Rev. internat. des Sc. méd.*, 31 mai 1886, n° 29).

M. Natier.

Extirpation d'une tumeur du larynx, par M. le Dr Lublinsky.

L'auteur présente un malade à qui il a extirpé un fibromyome pédiculé du larynx, de la grosseur d'un pois, par le procédé de Voltolini; il a traité de la même manière quarante-six malades avec succès. (*Soc. de Méd. berlinoise, in S. M.*, 19 mai 1886).

Plaie par arme à feu de la poitrine; issue de la balle par le larynx, par M. Desprès.

Il s'agit d'une plaie pénétrante de poitrine dans laquelle une balle de revolver ayant atteint l'aisselle gauche entre la quatrième et la cinquième côte, traversa la paroi thoracique et la plèvre, le lobe supérieur du poumon gauche au sommet duquel elle vint sortir. De là, elle gagne, en passant derrière la clavicule, où elle traverse le cul-de-sac supérieur de la plèvre, les veines jugulaire interne et sous-clavière, les perfore, pénètre dans le corps thyroïde et vient enfin sortir par le larynx après s'être créé une voie entre le premier anneau de la trachée et le cartilage cricoïde.

M. Desprès profite de ce cas pour expliquer la présence dans les crachats de caillots fibrineux ramifiés représentant e moule intérieur des bronches. Il donne aussi le mécanisme

de l'hémorragie par la plaie des veines du cou. La plaie du larynx lui sert à expliquer la production de l'emphysème sous-cutané.

La mort lui semble due à la migration d'un thrombus formé dans la plaie des veines. Il termine sa leçon par des considérations de médecine légale tirées du trajet suivi par la balle, et signale les indications à remplir pour le traitement. On pourrait rapprocher de ce cas une observation publiée par le Dr Fauvel dans cette Revue en 1881 (Histoire d'une balle retrouvée dans le larynx), où la balle, après avoir pénétré dans la face au niveau de l'os malaire, a été extraite du larynx (*Gazette des Hôpitaux* du 6 mai 1886, n° 53).

M. Natier.

Trois cas de compression des récurrents, par différentes causes avec fixation de la corde vocale gauche en position vocale (*Three cases of pressure upon the recurrent laryngeal nerve from, different causes with fixation of the left vocal band in the phonatory position*), par le Dr J. Solis-Cohen.

Lorsqu'à l'examen laryngoscopique, on constate que l'une des cordes vocales reste fixée sur la ligne médiane en position vocale, on se demande si cette position est due à un spasme tonique des adducteurs de ce côté, soit à une paralysie de l'abducteur. Les laryngologistes admettent pour la plupart la théorie de Semon. Le Dr J. Solis-Cohen serait plus porté à admettre la théorie de Krause, de Berlin, théorie basée sur l'observation clinique, l'analogie nerveuse, les expériences physiologiques. De même que pour les autres nerfs de l'organisme, l'irritation des récurrents produit un spasme de tous les muscles qu'il inerve, la prépondérance des fibres adductrices amène la destruction de l'équilibre maintenu par le centre respiratoire et l'on peut seulement constater le spasme des muscles adducteurs. L'atrophie de l'abducteur doit être attribuée à l'immobilité dans laquelle il se trouve, et non pas à la paralysie.

Le Dr J. Solis-Cohen rapporte alors trois observations de compression des récurrents. Dans la première, il s'agit d'un cas de compression du récurrent gauche par un anévrisme de

la crosse de l'aorte et de la sous-clavière gauche avec fixation (immobilité spasmodique?) de la corde gauche en position vocale. La voix du malade n'était pas normale. Elle avait pris un timbre aigu et perçant, ce qui fait croire qu'il ne s'agissait pas d'une paralysie, mais d'une contraction des muscles. Dans le second cas, la compression du récurrent était la conséquence d'un goître qui avait en même temps rétréci la trachée ; la corde droite, dont les mouvements étaient restés normaux, présentait par moments des frémissements et un spasme véritable, de peu de durée il est vrai, mais pendant lequel les deux cordes vocales se tenaient toutes les deux immobiles sur la ligne médiane. Cette trépidation de la corde précédant le spasme, Krause la voyait aussi se produire dans l'irritation expérimentale du récurrent. Dans la troisième observation du Dr J. Solis-Cohen, l'irritation du récurrent avait été la conséquence d'un épanchement pleurétique gauche avec déplacement du cœur *(Extrait des Trans. of the college of physicians of Philadelphia,* 5 mai 1886).

Dr J. Ch.

Le mutisme hystérique, par M. Charcot.

Cette affection est caractérisée par un syndrôme tel, que jamais ce mutisme ne saurait être simulé. Elle atteint aussi bien les hommes que les femmes, les adolescents comme les adultes. Le début en est brusque et souvent le mutisme survient à la suite d'une violente émotion; la terminaison est aussi subite que le début. A côté des émotions, on peut, au nombre des causes, ranger les laryngites, même les plus légères. Le retour à la parole peut être soudain ou bien il peut exister une phase de transition pendant laquelle le malade bégaye. Enfin, grand caractère du syndrome, c'est que chez les muets hystériques, il n'existe aucune espèce de paralysie, de parésie des nerfs de la langue, dont les mouvements vulgaires sont entièrement conservés. Point de parésie non plus des lèvres. Mais ce qui manque au muet hystérique, c'est la faculté motrice du langage, lui permettant de produire les mouvements spéciaux pour l'articulation du langage. Il dif-

fère des aphasiques, qui ont conservé quelques syllabes qu'ils articulent nettement : ceux-ci ont, en outre, de la surdité verbale; il y a, dans l'immense majorité des cas, perte du langage graphique, cette complexité morbide ne se retrouve pas chez le muet hystérique. M. Charcot s'attache à faire connaître l'importance qu'il peut y avoir à diagnostiquer exactement cette affection pour ne pas croire quand même à de la simulation comme on est porté parfois à le faire, à l'égard de certains soldats ou de certains prévenus (*Gazette des Hôpitaux*, du 22 juin 1886). M. Natier.

Hystérie et tics, diagnostic, clinique de M. le professeur Charcot.

L'auteur signale à l'attention certains bruits laryngés plus ou moins forts et répétés qui, dans certains cas, semblent constituer toute la maladie; ces bruits peuvent se ramener à deux types principaux : les uns se faisant sur le modèle de la toux, les autres du hoquet. Très souvent ils présentent une grande ressemblance avec certains bruits physiologiquement produits par les animaux. Ils sont transportés chez l'homme par une sorte de contagion nerveuse; ce sont des bruits hystériques constituant une véritable classe naturelle.

Certains caractères distinctifs empêchent toute confusion avec les bruits qui n'appartiennent pas à l'hystérie. C'est ainsi qu'ils peuvent se présenter par accès; ils provoquent des secousses uniques, simples; la toux, si pénible, ne laisse que peu de traces ; enfin, ces bruits se montrent toujours avant cinq ans. Il serait faux de croire avec Lasègue que cette affection soit l'apanage exclusif des jeunes filles.

Ces phénomènes hystériques ont une tendance à la localisation; ils n'existent pas chez les hystériques à attaque, mais il existe cependant toujours des stigmates. Aussi, la constatation de ces stigmates sera-t-elle très importante pour éviter une confusion avec les phénomènes analogues que l'on pourrait rencontrer dans la chorée vulgaire par exemple, et surtout dans les tics convulsifs. Remarquables par la rapidité de leur début, ces phénomènes le sont encore par leur termi-

naison qui peut survenir brusquement sous l'influence de la cause la plus futile.

M. Charcot présente trois malades dont deux filles et un garçon chez lesquels existent des bruits laryngés.

Ces bruits peuvent être confondus avec des accidents phtisiques, surtout dans les cas d'hémoptysie hystérique; la confusion avec les autres névroses est encore beaucoup plus facile. En effet, le paramyoclonus multiple, la chorée de Sydenham, offrent des phénomènes du même genre.

Quant aux tics, leur pronostic est plus grave, car ils ne disparaissent jamais entièrement; aussi sera-t-il important d'en faire le diagnostic. A côté des tics et faisant partie du même groupe, on trouve des individus qui poussent des exclamations bruyantes, articulées, et tout à fait inconscientes : ce sont, pour M. Charcot, des personnes atteintes de la folie du doute.

Revenant sur le phénomène de contagion nerveuse, le professeur croit pouvoir l'expliquer avec Herbert Spencer en disant qu'il s'agit d'une action suivant de près la pensée après anéantissement de la volonté (*Semaine médic.* du 15 sept. 1886, n° 37. M. NATIER.

OREILLES.

Symptômes réflexes auriculaires sans maladies de l'oreille. Affection de l'oreille déterminant des symptômes réflexes. *(Reflex aural symptoms with aural disease. Aural disease exciting reflex symptoms)*, par les Drs C.-J. BLAKE's et J.-M. ROTCH.

Les auteurs appellent l'attention sur un groupe de faits que l'on voit surtout survenir chez les enfants et dans lesquels des symptômes réflexes auriculaires proviennent de désordres siégeant en d'autres parties de l'économie, et réciproquement de symptômes réflexes des autres organes sont produits par une affection de l'oreille.

1er cas. Symptômes réflexes auriculaires sans affection de l'oreille. — A. D..., quatorze mois, a ses huit dents incisives et probablement les quatre premières malaires commencent à pousser. Il souffre fréquemment de douleurs dans les deux

oreilles; l'insufflation d'air dans les trompes amène un soulagement momentané. L'examen de l'oreille ne révéla rien d'anormal, si ce n'est parfois un peu d'injection du tympan. Les douleurs devinrent moins fortes et les accès moins fréquents, mais ne disparurent complètement que lorsqu'on put bien les sentir sous les gencives.

Diagnostic : Irritation des nerfs dentaires dans les maxillaires; irritation réflexe et suspension de l'inhibition vasomotrice par l'intermédiaire du ganglion otique, causant la dilatation des vaisseaux du tympan, la compression et la douleur.

2° *cas.* — Affection de l'oreille, symptômes pulmonaires réflexes. Un enfant de trois ans et demi est atteint, depuis quelques mois, d'inflammation purulente de la caisse; l'écoulement cessait parfois, mais la perforation restait toujours ouverte. Soudain, l'écoulement devint abondant et fétide, avec frissons et douleurs dans les membres. La température s'éleva à 105° Far. — Pouls : 160°. — Respiration : 75°. Rien d'anormal au poumon ni au larynx. Tous ces symptômes disparurent après des insufflations d'air dans les trompes et des lavages de l'oreille.

Dans les cas de lésion de l'oreille d'origine réflexe, la congestion pulomnaire se produit en général à la partie supérieure de la membrane du tympan. La source qui fournit le plus immédiatement le sang à cette région est la branche tympanique de la carotide, parfois deux ou trois de ses branches se portent directement au point où elles doivent se distribuer et ne présentent pas la terminaison capillaire ordinaire, ce qui les rend particulièrement propres aux dilatations subites et extrêmes, quand se produit la suspension de l'inhibition des vaso-moteurs et des nervi-vasoriens qui constituent le plexus carotidien dans cette partie de son cours et proviennent en grande partie du ganglion otique et sont ainsi placées en communication directe avec des organes éloignés.

Les expériences de Prussak sur les chiens ont démontré que comme on galvanise la sympathique dans le cou, les vaisseaux du promontoire et du tympan deviennent d'abord

très petits et ensuite à peu près invisibles. Quand l'irritation a cessé, il se produit, au contraire, une dilatation considérable des vaisseaux.

Les auteurs rapportent aussi un groupe de cas se rapportant aux connexions réflexes qui existent entre l'oreille et le larynx. Dans un cas d'affection de l'oreille moyenne, ayant déterminé chez un enfant de cinq mois une toux laryngée réflexe, la toux ne pouvait être expliquée par aucun état anormal des voies aériennes. La toux persista tant que dura l'écoulement, mais elle diminua d'intensité et disparait entièrement avec lui.

Les relations qui existent entre les troubles cutanés de la face et les congestions de la partie supérieure de la membrane et de la caisse du tympan, tels qu'on les voit se produire parfois dans la rougeole, sont également discutés dans ce travail.

Les complications auriculaires de la scarlatine peuvent se produire de deux différentes façons. En premier lieu et le plus souvent, il s'agit d'une propagation de l'inflammation a la muqueuse de la gorge et de la cavité naso-pharyngienne. Dans le second cas, la congestion primitive se produit surtout à la partie supérieure de la cavité tympanique et de la membrane du tympan, coïncide avec l'erruption de la face et peut être expliquée par l'action réflexe. Les mêmes phénomènes s'observent plus souvent encore dans l'éruption faciale de la rougeole.

Pour conclure cet intéressant travail, les auteurs affirment que l'on doit attacher une grande importance à reconnaître si les symptômes sont réels ou réflexes. (*The Amer. Journ. of the med. Sc.*, octobre 1886.) Dr Gorham-Bacon.

Vice de conformation de l'oreille externe. Imperforation du conduit, par le Dr E. J. Moure.

M. Moure présente une jeune fille, âgée de douze ans, chez laquelle on rencontre une absence à peu près complète du pavillon de l'oreille droite, avec une imperforation du conduit auditif de ce côté. Au niveau de l'orifice habituel

obturé, on sent le fibro-cartilage du conduit et même celui du tragus.

L'examen fonctionnel révèle l'intégrité de l'oreille moyenne et interne; c'est ce qui fait supposer à M. Moure qu'une ouverture chirurgicale pourra permettre à cette enfant d'avoir une acuité auditive à peu près, sinon tout à fait normale.

Les vices de conformation de l'oreille seraient assez fréquents, puisque Rohrer a pu en rapporter trente cas tirés de sa pratique privée (*Soc. de méd. et chir. et Journal de méd. de Bordeaux*, du 11 avril 1886).

Correspondance.

A Monsieur le docteur Spaak

La lettre que vous avez bien voulu m'adresser à propos de mes recherches laryngométriques, est assurément très flatteuse et encourageante. Merci donc, très honoré et savant confrère, de l'intérêt avec lequel vous en lisez la relation.

Vous avez raison : la théorie de Muller ne satisfait personne.

Elle règne pourtant en maîtresse depuis longtemps, faute de meilleure. Mais je ne partage pas tout à fait votre manière de voir quant à vos idées sur le jeu de sifflet attribué aux lèvres de la bouche. La voix de tête est celle du jeu de sifflet ou de flûte dans ses notes les plus élevées; mais les deux ou trois premières sont vibrées, c'est-à-dire le résultat des vibrations des bords de la glotte très tendus. Ces vibrations ne sont pas sonores par elles-mêmes; mais elles engendrent les ondulations de la colonne d'air qui sort du porte-vent trachéo-pulmonaire et porte le son à notre oreille.

Permettez-moi d'en rester là. La théorie de la voix est une grosse question de physiologie compliquée et un seul homme ne suffit pas à l'établir.

Veuillez agréer, cher et savant confrère, l'expression de ma considération bien sincère.

Dr Moura.

8 novembre 1886.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Bouilly. — Epithélioma de la langue (*Gaz. des Hôpit.*, 9 novembre 1886).

Brown (Haig). — De l'amygdalite chez les adolescents (Baillère, Tindall et C°, Londres, 1886).

Carter (J.-M.-G.). — Rapport sur deux cents cas d'amygdalite (*The Southern med. Rec.*, août 1886).

Clay (J.). — Cancroïde épithélial de la langue, de la lèvre et de l'utérus (*The Lancet*, 16 octobre 1886).

Cosgrowe (W.). — Extirpation des amygdales hypertrophiées, sans l'aide du couteau (Mass. M. J. Bost., 1886, VI, 337-348).

Ehrmann. — De la cocaïne dans la staphyloraphie (*Acad. de méd.*, Paris, 26 octobre, et *Sem., méd.*, 27 octobre 1886).

Federn (S.). — Du traitement de la « gingivitis blenorrhoica » (*Centralbl. f. die ges. Therapie*, octobre 1886).

Fischl. — Relevé statistique sur la question de la prophylaxie des affections buccales du nourrisson (*Prager med. Wochenschr*, n° 41, 13 octobre 1886.

Fisher. — Paralysie labio-glosso-pharyngée primitive (*Med. and. surg. rep.*, 14 août 1886, Philadelphia).

Fletcher Ingals. — Fibrome pharyngo-laryngien volumineux guéri (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 16 octobre 1886).

Harkin (H.) — Hémorrhagie vicariante par la lèvre inférieure, observations et remarques sur le traitement moderne des hémorrhoïdes (*The Lancet*, 30 octobre 1886).

Lanz. — Un cas d'érythème exsudatif multiforme, ayant atteint les muqueuses buccale et pharyngée (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 41, 11 octobre 1886).

Löri (E.). — Des lésions du pharynx, du larynx et des fosses nasales dans la dégénérescence graisseuse du cœur (Tirage à part du *Pester med. Chirurg. Presse*, 1886).

Mackenzie (W.-C.). — Amygdalite aiguë chez un sujet atteint de syphilis tertiaire du pharynx (*The Lancet*, 2 octobre 1886).

Morgan (Ethelb. Car.). — De l'hémorragie après l'uvulotomie. Rapport de 23 observations, etc. (*The N.-Y, med. Journ.*, 23 octobre 1886).

Morrow. — Keratosis folliculaire, fissure de la langue et l'eucoplasie (*Journ. of cutan. and. Vener. dis.*, vol. IV, septembre 1886).

Mulhall (J.-C.). — Carcinome de la langue et du palais, Saint-Louis, *Courrier of med.*, août 1886).

Pearce Gould. — Vice de conformation des organes sexuels et absence des amygdales (*The Lancet*, 16 octobre 1886, p. 726).

Roddick. — Un cas d'épithélioma de la langue, excision par un procédé modifié. Guérison (Canada, *Med. and. surg. journ.*, juillet 1886).

Rosenberg (L.). — Des terminaisons des nerfs dans la muqueuse et l'épithélium de la langue des mammifères (*Wien*, chez C. Gerold's Lohn, 1886).

Royer. — De l'angine glanduleuse et de son traitement par les eaux de Challes (*Ann. Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, 1886, XXXI, p. 317-352).

Seifert. — De l'angine lacunaire (*Wiener, med. Wochenschr.*, n° 40, 2 octobre 1886).

Smith (J.). — Maladie de la bouche et phtisie caséeuse (*Med. and. surg. journ.*, 2 octobre 1886).

Stocker. — Observation de langue noire (*The Brit. Med. journ.*, 2 octobre 1886, p. 629).

Terrillon. — Des accidents causés par les calculs des amygdales (*Arch. génér. de méd.*, p. 129).

Thiau. — Epithélioma de la langue (*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 20 septembre 1886, n° 18).

Tatterick. — Deux cas de glossite aiguë (*The Lancet*, 16 octobre 1886, p. 724).

Trélat. — Du cancer de la langue (Clinique *Le Praticien*, n° 14. 11 octobre 1886).

Trèves. — Mélanose du palais osseux (*Pathol. soc. of London et The Lancet*, 6 novembre 1886).

Vulpian. — Origine des nerfs moteurs du voile du palais chez le chien (*Acad. des Sc.*, 18 octobre et *Progr. Méd.*, 30 octobre 1886).

Whitehead. — Occlusion d'une division du voile palatin et du palais osseux à l'aide d'une seule opération. Observation récente (*N.-Y. Med. Rec.*, 7 août 1886).

X X. — Opération dans le cas de tumeurs malignes de la gorge (*Revue analytique in Med., News*, 18 septembre 1886).

Nez et Pharynx nasal.

Antoni. — Modification du rhinobyon (*Bollet. delle malat. dell orech, etc.*, n° 6, 1er novembre 1886).

Aschenbrandt. — De l'importance des fosses nasales pour la respiration, (*Wurzburg, Stahel sche Univ. Buchhandl*, 1886).

Bloxaim (Astley). — Ulcération des fosses nasales probablement syphilitique (*The med. Bulletin*, octobre 1886, n° 10, p. 325).

Borthen (Lyder). — Trois cas d'empyème du sinus frontal (*Medicin Revue* mars analysé, *in Revue internat. des scienc. med.*, 31 octobre 1886)

Bouilly. — Traitement des polypes naso-pharyngiens par le procédé de douceur (*Le Praticien*, 1er novembre 1886, n° 44).

Broich (M.). — Quelques cas ayant trait aux observations de Tornwaldt sur l'affection de la bourse pharyngée (fin) (*Monatsschr f. Ohrenheilk*, n° 7, juillet 1886).

Carter (H.-V.). — Polype naso-pharyngien (*Ter med. et Phys. Soc. Bombay* (1885), 1886, N. Y. VIII, 100, 1 pl.).

Casselberry. — Chirurgie nasale et pharyngienne avec le galvano cautère. (*Chicago med. soc.*, 20 septembre et *The Amer. pract and news*, 16 octobre 1886).

Charles (duc de Bavière). — Un cas d'empyème du sinus frontal (*Annalen der studtischen allgem. Krankenhäuser in München*, III Band, analyse *in » Fortschritte der Medic.*, n° 20, p. 677).

Combe. — Catarrhe du sinus maxillaire, son traitement par l'Iodol (*Congrès français de chirurgie*, 1886).

Caréaga (A.). — Un nouveau cas de myasis (*Gaceta med. de Mexico*, 1er mars 1886).

Dalby. — Tumeurs adénoïdes du pharynx (*The Lancet*, 2 octobre 1886).

Delassus. — Polype naso-pharyngien (*Soc. anatom. de Lille* et *Journ. des sc. méd. de Lille*, n° 18, 20 septembre 1886).

Delstanche. — Cancer épithélial primitif de la fosse nasale gauche (*Presse med. Belge*, nos 41 et 42, 10 et 17 octobre 1886).

Dixan. — Opération pour redresser la cloison nasale (*Saint-Louis cour. of med.*, août 1886).

Dreschfeld. — Rhinosclérome (*Manchester pathol. soc.*, 13 octobre et *Brit. med. journ.*, 6 novembre 1886).

French (Th.). — Effets des maladies des fosses nasales sur les autres parties de l'arbre respiratoire (*The N.-Y. med. journ.*, 13 novembre 1886).

Gennaro (de). — Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale, etc. (*Arch. Ital. di laring*, fasc. 3 et 4, 15 octobre 1886).

Gangera. — Ulcère variqueux de la partie postério-inférieure de la cloison nasale sur la face correspondant à la fosse droite, épitaxis, etc. (*Revista de laring. otol. etc.*, n° 5, novembre 1886).

Hack. — Contribution à l'étude du traitement opératoire de la maladie de Basedow (*Deutsche méd. Wochenschr*, 1886, n° 25).

Havilland-Hall. — Traitement de l'Hay-fever, l'asthme, etc., par le galvano-cautère (*The Lancet*, 13 novembre 1886).

Luc. — Contribution à l'étude de la maladie de Tornwaldt (*La France méd.*, 16 octobre 1886, et *Revue méd. de Toulouse*, nos 21 et 22, 1886).

Mannon (A.-A.). — Remarques sur le catarrhe nasal (*Cincin. Lancet clinic.*, 7 août 1886).

Monacal (Raimondo). — Fibrome naso-pharyngien. Extirpation, guérison (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, n° 9, septembre 1886).

Morgan (Carroll.). — Spécimens de polypes muqueux des fosses nasales *Med. Soc. of Columbia*, 9 juin et *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 18 septembre 1886).

Newman. — Ablation d'un polype du nez avec le serre-neud de Jarvis (*The med, Rec. N.-Y.*, 23 octobre 1886).

Paltauf et Eiselsberg. — De l'étiologie du rhinosclérome (*Fortschritte der Medicin*, nos 19 et 20, 1er et 15 octobre 1886).

Paltauf et Eiselsberg. — Démonstration de préparation et de cultures des bacilles du rhinosclérome (*Gesellschaft der Ärzte in. Wien.*, 22 octobre, *in Wien. med. Presse*, n° 44, 31 octobre 1886).

Predbuski. — Maladie du nez occasionnant de l'aphonie et de la dyspnée, (*Gazet. Lekarska* analys. *in med. and surg. Rep.*, 9 octobre 1886).

Roof. — Thérapeutique de l'asthme bronchique d'origine nasale (*Dissert, inaugur.*, in-8°, Bonn, 1886).

Rethi (Clinique Schnitzler). — Des névroses réflexes dues à des affections des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne (*Wiener med. Presse*, nos 37, 38 et 39, septembre 1886).

Stoerck. — Du traitement local de l'empyème de l'antre d'Highmore (*Wiener med. Wochenschr*, n° 43, 23 octobre 1886).

Tissier. — Etude de la bourse pharyngée au point de vue de l'anat. et de la path. (*Ann. des malad. de l'or. etc.*, n° 10, octobre, et n° 11, nov. 1886).

Trasher (A.-B.). — Catarrhe nasal hypertrophique (*Cincin. med. et Bent, J.*, 1885-6, 1, 332-336).

Wain-Wright. — Abcès du cou et rétro-pharyngien causant presque la mort par suffocation (*The Lancet*, 9 octobre 1886, p. 671).

Welch. — Traitement de l'ozène (*Correspondance de The Lancet*, 8 novembre 1886, p. 905).

Zitrin. — Contribution à l'étude des abcès rétro-pharyngiens (*Russ. med.*, 22-23).

Zuckerkandl. — Contribution à l'étude de l'anatomie du corps humain, du tissu adénoïde des fosses nasales (*Medicinische Jahrbücher der Gesellschaft der Arzte in Wien.*, V Heft, 1886).

Larynx et Trachée.

Abercromby et **Gray.** — Ulcération tuberculeuse aiguë du larynx (*The Lancet*, 13 nov. 1886, p. 920).

Ariza. — Mycosis et tuberculose laryngée (*Revista de laring. otol., etc.*, T. II, n° 4, 1886).

Barclay J. Baron. — Le laryngoscope en médecine (*Bristol med. chir. Journ.*, sept. 1886).

Bassols Prim. — De la syphilis laryngée non ulcéreuse (*Revista de laringol., etc.*, n° 4. 1886).

Bergeon. — Injections rectales gazeuses dans la laryngite et les ulcérations des voies respiratoires (*Académie de médecine*, 2 nov. 1886).

Bergeon. — Résultat de la méthode des injections rectales gazeuses dans la laryngite simple et tuberculeuse, etc. (*La France méd.*, 13 novembre 1886, n° 131).

Bobone. — Clinique laryngo-rhinologique du Dr Chiari, de Vienne (*Bollet. delle malat. dell' orech. etc.*, n° 6, 1er nov. 1886).

Böcker. — De l'extirpation isolée du cartilage cricoïde pour un enchondrome (*59e réunion des naturalistes et médecins allemands* tenue à Berlin du 18 au 24 sept. 1886. *Section de chirurgie*).

Boeckel (J.). — Opérations pratiquées sur le larynx (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 11, 1er nov. 1886).

Bradon (Q.). — Indication pratique pour l'exécution de la trachéotomie (*The Lancet*, 20 nov. 1886, p. 969).

Briggs (W.). — Un nouveau dilatateur pour trachéotomie (*Mississipi Valley M. Montly Memphis*, 1886, XVII, 309, 319).

Cartaz. — De l'arthrite crico-aryténoïdienne au début de la tuberculose laryngée (*France méd.*, 16 et 18 nov. 1886).

Casadesus (R.). — Syphilis laryngée, diagnostic des végétations syphilitiques et tuberculeuses (*Revista di laringol. otol.*, etc., n° 4, 1886).

Charazac. — Contribution à l'étude des gommes du larynx (*Revue méd. de Toulouse*, 1er oct. 1886).

Charles (D.-H.). — Laryngite œdémateuse, trachéotomie. Glossite suppurée, Hémorragie grave, guérison (*The Brit. med. Journ.*, 6 nov. 1886).

Coakery. — Corps étranger des voies aériennes ayant séjourné vingt-trois jours (*Philadelphia med. Times*, 18 sept. 1886).

Coupard. — Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (*Journ. de méd. de Paris*, p. 238).

Egidi. — Contribution à l'étude statistique de la trachéotomie (*Arch. Ital. di laring.*, fasc. 3 et 4, 15 oct. 1886).

Eisenlohr. — Paralysie du larynx de cause centrale (*Soc. de méd. de Hambourg*, 12 janv. 1886).

Felici — Cas douteux sur les causes de la paralysie de la corde vocale gauche (*Arch. Ital. di laring.*, fasc. 3 et 4, 15 oct. 1886).

French (Th.). — Image laryngée prise durant la production des tons de la voix chantée avec la lanterne photographique (*The N.-Y. med. Journ.*, 6 nov. 1886).

Gilles de la Tourette. — Cas de mutisme-hystérique chez l'homme (*Progrès méd.*, 13 nov. 1886).

Grossmann. — Du lupus du larynx, de la voûte et du voile palatins (*Gesellschaft der Arzte Wien*, 15 octobre, in *Wiener med. Presse*, n° 43, 24 octobre 1886).

Hance. — Tubage du larynx (*The N.-Y. med. Journ.*, 2 oct. 1886).

Hofmann (E.). — Contribution à l'étude de l'origine des fractures du larynx (*Wiener med. Wochenschr.*, n°s 44 et 45, 30 oct. et 6 nov. 1886).

Hodgkinson. — Papillomes multiples du larynx (*Manchester Pathol. soc. Brit. med. Journ.*, 6 nov. 1886).

Irsai (A.). — Affections du larynx et leur traitement (*Owasi betit.*, Budapest, 1886, XXII, 565, 586).

Jouret. — Traitement curatif de la phtisie pulmonaire et laryngée (Bruxelles, 1886, in-8° de 105 p.).

Kinkel. — Historique de la laryngologie (*The med. Press. of. Western N. Y.*, oct. 1886),

Kraus. — Note additionnelle au chapitre. Paralysie des cordes vocales dans le tabes dorsalis (*Berliner Klin, Wochenschr.*, n° 46, 15 nov. 1886).

Küster. — Des sténoses-cicatricielles de la trachée (*59e réunion des naturalistes et médecins allemands*, tenue à Berlin du 18 au 24 sept. 1886. *section de chirurgie*).

Labbé (L.). — Sur l'extirpation totale du larynx (*Congrès français de chirurgie*, 1886).

Landgraf. — Présentation d'un malade atteint de tabes et de crises laryngées (*Gesellschaft der Charite Arzte* in *Berlin Berliner Klin. Wochenschr.* n°s 38, 39 et 40, 1886).

Ljubinski. — Contribution à l'étude des sténoses laryngées (*Russ. med.*, 18).

Mackensie (J.). — Tumeur lymphoïde du sinus pyriforme (*The med. and. Surg. Journ.*, 2 oct. 1886, p. 426).

Maxzinowsky. — Mort causée par une aiguille dans le larynx (*Prot. Ob. Arch. Wr*).

Mayor (G.). — Eversion des ventricules de larynx (*Canada med. and surg. Journ.*, juillet 1886).

Millet. — Corps étrangers des voies aériennes; accidents survenus un mois après la trachéotomie; guérison (*Arch. de méd. et pharm. mil.*, Paris, 1886, VIII, 55-72),

Montgomery. — Tubage du larynx (*Obstetric soc. of Philadelphia*, 2 sept. et *Maryland med. Journ.*, 11 sept. 1886).

Morris. Semon, Buttlin. — Extirpation du larynx pour un épithélioma (*Clinic. soc. of London*, discussion, in *the Lancet*, 20 novembre 1886, p. 974).

Northrup (W.). — Note sur huit cas de tubage du larynx dans des cas de croup (*N.-Y. med. Journ.*, 18 sept. 1886).

Northrup. — Tubage du larynx. Trois cas avec réflexions (*The med, Rec.*, 30 oct. 1886).

Orth (K.). — Deux cas de sténose laryngée (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 29, 1886).

Palacios Minello. — Syphilis laryngée (*El eco de las clinicas*, Barcelone, et *Gaceta de oftalmol. otol., etc.*, n° 10, oct. 1886).

Piltan. — De l'influence de la respiration dans le chant et de la tension passive des cordes vocales (*Tribune m d.*, 3 oct. 1886, n° 946).

Renzi (De). — Tuberculose et syphilis pharyngo-laryngée (*Revista clinic. terapeut.*, oct. 1886, n° 10).

Rosenbach (Ott.). — Les contracteurs et les dilatateurs de la glotte en cas de lésions de leurs nerfs (*Arch. f. path. An. u. phys.*, Bd XCIX, H. 1, p. 175).

Schuhmacher. — De l'hydrargyrisme localisé et de son diagnostic laryngoscopique (*Verhandlungen des V. Congresses für innere Medicin*, 1886).

Shurly. — Observations sur l'emploi de nouveaux remèdes dans les maladies des voies aériennes supérieures (*N.-Y. med. Journ.*, 11 sept. 1886).

Spencer. — Nystagnus pharyngo-laryngien (*The Lancet*, 16 octobre 1886, p. 736).

Spencer (H.). — Nystagnus pharyngien et laryngien (*Correspondance de The Lancet*, 9 oct. 1886, p. 702).

Tacconis et **Mercandino.** — Relevé des malades traités à l'hôpital des maladies de la gorge Maggiore di S. Giovani Batista, de Turin, en 1883-84 et 85 (*Arch. Ital. de laring.*, fasc. 3 et 4, 15 oct. 1886).

Trifiletti. — Valeur du diagnostic clinique dans un cas de paralysie de l'abducteur de la corde gauche (*Arch. Ital. de lar.*, fasc. 3 et 4, 15 octobre 1886).

Valera y Gimenez (T.). — Angine parenchymateuse chronique ; traitement par le thermo-cautère ; guérison (*Revista de lar. otol.*, etc., n° 4, 1886).

Wagner-Clinton. — Trois cas de trachéotomie. Guérison dans chaque cas avec intégrité de la voix (*The N.-Y. med. Journ.*, 30 oct. 1886).

Vogt (H.). — Œdème de la glotte ayant causé la mort chez un nouveau-né (*Norsk magaz. for Laegew*, sept. analysé in *Revue internat. des scienc. méd.*, n° 34, 31 oct. 1886).

Waltering. — Des injections sous-cutanées de pilocarpine, comme moyen thérapeutique dans les affections de la gorge (*Monatsschr. f. Ohrenheilk* n° 7, juill. 1886).

XXX. — Mort par l'introduction d'un bouton dans la trachée (*The med. Rec. N.-Y.*, 13 nov. 1886, p. 550).

Zenner. — Paralysie glosso-labiale ; observation (*Cincinnati Lancet clinic.*, 7 août 1886).

Oreilles

Arixa. — Comment on meurt par otite (*El siglo med.*, 24-31 octobre 1886).

Barr. — Effets nuisibles des sons graves sur l'organe de l'ouïe, avec quelques considérations spéciales aux employés de chemins de fer (*Glasgow M.-J.*, 1886 (4) S., XXVI, p. 126-129).

Baginsky. — Des rapports centraux des nerfs auditifs (*Weekly med. Rev.*, 1-6 oct. 1886).

Barth. — De la pression dans l'oreille moyenne produite par les insufflations d'air faites dans la trompe (*Arch. of otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Bartoch. — Contribution à l'étude du diagnostic entre les affections de l'appareil de transmission et de perception des sons (*Arch. of. otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Batut. — Complication du côté de l'oreille dans le cours de la scarlatine, *Arch. de med. et pharm. milit.*, oct. et nov. 1886, n°s 16 et 17.

Béard. — Observations cliniques d'ophtalmologie et d'otologie (*The N.-Y. med. journ.*, 2 oct. 1886).

Burnett. — Otorrhée chronique, sa nature et son traitement (*Med. news*, 30 oct. 1886).

Burnett. — Rapport sur le progrès de l'otologie (*Philad. med. Times*, 30 oct. 1886).

Carter (H.-V.). — Otite purulente, perforation de l'apophyse mastoïde, abcès du cervelet (*Tr. med. et Phys. Soc. Bombay* (1885); 1886, n° 3, T. VIII, 41-47).

Caverly. — Nouveau cas de malformation de l'oreille (*The med. Rec. N.-Y.* 23 octobre 1886).

Cheatham. — Du mal d'oreille (*Atlanta med. and. surg. journ.*, oct. 1886).

Chiselm. — Observation d'otorrhée (*The Baltimore acad. of med.* et *The med. and surg. rep.*, 25 sept. 1886).

Cotterell. — Suppuration des cellules mastoïdiennes simulant un abcès intracranien (*The Lancet*, 6 nov. 1886).

Cowgill. — Inflammation suppurée de l'oreille moyenne (*Amer. pract. of news*, 4 septembre 1886).

Delage (Yvan). — Sur la fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille interne (*France med.*, 4 nov. 1886).

Demetrio-Bargellini. — Du traitement de la surdi-mutité (*Le Sperimentale*, fasc. 10, oct. 1886).

Desplats. — Otite suppurée ancienne. Phlebite; infection purulente (*Journ. des sc. med. de Lille*, 20 novembre 1886).

Eaton. — Catarrhe hypertrophique des fosses nasales antérieures, considéré comme une cause de la surdité catarrhale chronique (*Arch. of. otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Eitelberg (A.). — Communications otiatriques (*Wiener med. Presse* n° 45, 7 nov. 1886).

Gellé. — Rôle de la sensibilité du tympan dans l'orientation auditive (*Trib. méd.*, 24 oct. 1886).

Giampietro. — Du traitement orthophonique de la surdi-mutité (*Berliner med. Gesellschaft*, 27 octobre *in Berliner Klin. Wochenschr*, n° 46, 15 novembre 1886).

Gomez de la Mata. — Notes cliniques d'otologie (*An. de otol. y laring.*, n° 7, 1886).

Gray. — Lésion des deux lobes temporaux sans surdité (*Journ. of ment. and nervous dis.*, oct. 1886).

Graxzi (V.). — De la toux et autres phénomènes morbides d'origine réflexe auriculaire (*Bollet. delle malat. dell'orech.*, etc., n° 6, nov. 1886).

Gruber (J.). — De l'existence et de la valeur des taches jaunes qui existent au niveau de l'extrémité du manche du marteau (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, juillet 1886, n° 7).

Hartmann. — Formation kystique du pavillon (*Arch. of otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Hedinger — Corps étrangers de l'oreille (*Arch. of. otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Hendricks (G.-A.). — Remarques sur l'extraction des corps étrangers du conduit auditif (*The Physic. and Surgeons*, sept. 1886).

Iredell. — Surdité nerveuse (*Austral. M. I. Melbourne*, 1886, VIII, 200-206).

Jacobson (L.). — Un nouvel appareil téléphonique comme moyen d'examen et de traitement de l'organe de l'ouïe (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 53, 1885).

Jolyet. — Note sur les origines différentes des nerfs vaso-dilatateurs et excito-sécrétoires contenus dans la corde du tympan (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 oct. 1886).

Jones (H.). — Malformation congénitale de l'oreille externe (*The med. Rec.*, 25 sept. 1886).

Kaufmann (Em.). — Des crêtes annulaires de la peau du conduit auditif externe (*Medicinische Jahrbücher der Gesellschaft der Aertze in Wien.*, V. Heft, 1886).

Kaufmann (Clinique Kussmaul). — Un cas de surdité centrale alterne (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 33, 16 août 1886).

Luce et **Jacobson.** — Cent cas d'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 38, 20 septembre 1886).

Lynchburg. — Otite moyenne (*N.-Y. med. Journ.*, 13 nov. 1886).

Minney (J.-L.). — Suppuration aiguë de l'oreille moyenne (*Kansas city med. Index*, août 1886).

Moos et **Steinbrügge.** — Résultat de l'examen de six rochers dont trois (?) de sourds-muets (*Arch. of otology*, n°s 2 et 3, 1886).

Murrell. — Cerumen noir (*Correspondence de The Journal of Americ. med. Associat.*, 2 oct. 1886).

Nicol. — Nouveau procédé pour faire pénétrer l'air dans l'oreille moyenne (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, nov. 1886, n° 17).

Noquet. — Corps étranger de l'oreille. Fragment d'épi de graminée (*Bullet. méd. du Nord*, n° 9, sept. 1886).

Pipino. — Nœvus vasculaires maternus de l'oreille (*N.-Y. med. Rec.*, 16 oct. 1886).

Ramos de Braga. — Extraction des corps étrangers de l'oreille (*Le Monit. thérapeut.*, 1er nov. 1886, n° 11).

Rasmussen et **Schmiegelow.** — Contribution clinique à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille moyenne (*Arch. of otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Rattel. — Des cornets acoustiques et de leur emploi dans le traitement médical de la surdi-mutité (Paris, 1886).

Ray (M.). — Rupture des deux tympans à la suite d'un coup sur la tête, etc. (*Arch. of otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Riggs. — Spasme réflexe des muscles pterygoïdiens dû à une maladie de l'oreille (*Norsthwest. Lancet*, 15 sept. 1886).

Schwabach. — Valeur du procédé de Rinne dans le diagnostic des maladies de l'oreille (*Arch. of otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Spitzka. — Trajet intra-cranien du nerf auditif (*N.-Y. med. Journ.*, 18 septembre 1886).

Suñé. — Perforations chirurgicales du tympan, moyen de les maintenir ouvertes, etc. (*Revista de lar. otol.*, etc., n° 5, nov. 1886).

Truckenbrod. — Abcès du cerveau consécutif à une otorrhée, guéri par une opération (*Arch. of otol.*, n°s 2 et 3, 1886).

Viusse. — De l'oblitération récente de la trompe d'Eustache, traitement (*Revue méd. de Toulouse*, n° 21, 1er nov. 1886).

Wiltshire (J.-G.). — Phénomènes réflexes auriculaires (*Maryland med. Journ.*, 11 sept. 1886).

Woods (H.). — Des diverses méthodes pour traiter l'otorrhée (*Maryland med. Journ.*, 7 août 1886).

Croup et Diphtérie.

Bardeleben. — Du pseudocroup (*59e réunion des naturalistes et médecins allemands* tenue à Berlin, du 18 au 24 septembre 1886. *Section de chirurgie*).

Blanch (Amer). — La diphtérie et le croup (*Annales del circulo med. Argentino*, nos 9 et 10, sept. et oct. 1886).

Buchanan. — Trachéotomie dans le croup diphtéritique (*The Lancet*, 20 nov. 1886).

Carlan (D.). — La diphtérie (*El siglo med.*, 14 nov. 1886).

Clibborn. — Diphtérie du vagin sans inflammation de la gorge (*The Lancet*, 6 nov. 1886).

Cozzolino. — Hygiène publique et privée dans la diphtérie (Piacenza, 1886).

Daly (W.). — Le traitement le plus simple et le plus efficace de la diphtérie (*N.-Y. med. Journ.*, 11 sept. et (*The med. Bulletin*, no 10, oct. 1886).

Daries. — La diphtérie et son traitement Correspondance de *The Lancet*, 6 nov. 1886, p. 904).

Douagh. — De l'identité du croup membraneux et de la diphtérie (*Canadian practit.*, sept. 1886).

Doussain. — Le traitement de la diphtérie par la méthode du Dr Galicier (*Le Moniteur thérapeut.*, no 10, Oct. 1886).

Focke. — Du traitement de la diphtérie pharyngée (*Centralbl. f. Klin. Medicin.*, no 35, 1886).

Guimbretière. — Angine diphtéritique, croup, complications pulmonaires, mort (*Gaz. méd. de Nantes*, no 12, 9 oct. 1886).

Gomez de la Mata (F.). — Cathétérisme, dilatation et tubage du larynx dans le croup (*Gaceta oftalm. otol*, etc., no 10, oct. 1886).

Gomez de la Mata. — Traitement de l'angine diphtéritique (*Revista de lar. otol.*, etc., no 5, nov. 1886).

Gonzalez (Mario). — Réflexions sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement de la diphtérie (*Arch. de med. y chir. de los niños*, no 22, 31 octobre 1886).

Illingworth. — Traitement spécifique et prophylactique contre la scarlatine et la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 30 oct. 1886).

Marshall (K.). — Diphtérie, trachéotomie, guérison (*Brit. med. Journ.*, 13 nov. 1886).

Merces (J.). — De la diphtérie et son traitement (*The Lancet*, 30 oct. 1886).

Neukomm (Martin). — La diphtérie épidémique dans le canton de Zurich, ses relations avec la trachéotomie (Leipzig, 1886, chez F.-C.-W. Vogel).

Pievigzek. — Extraction mécanique des fausses membranes après la trachéotomie (Analysé *in Med. and surg. report.*, 9 oct. 1886).

Porter (W.). — Quelques remarques pratiques sur le traitement de la diphtérie (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 23 oct. 1886).

Rogers. — Le calomel dans le traitement du croup (*Correspondance du Philadel. med. Times*, 16 oct. 1886).

Rodon. — Du traitement du croup par le calomel (*Gacet. med. Catalana*, n° 222, 30 sept. 1886).

Smith (L.). — Traitement local du croup pseudo-membraneux ; tubage du larynx (*The Amer. Journ. of the med. Sc.*, n° 184, oct. 1886, p. 400).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Baumgartner. — De la cachexie strumiprive (*59e Réunion des médecins naturalistes et médecins allemands*, tenue à Berlin du 18 au 24 sept. 1886. *Section de chirurgie*).

Bignon. — Action physiologique de la cocaïne (*El Monitor medico, Lima* 15 sept. 1886).

Bland Sutton. — Kystes hyoïdiens (*Pathol. soc. of London*, 2 novembre et *Brit. med. journ.*, 6 novembre 1886).

Boisvert. — Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 octobre 1886).

Borcheim. — Déglutition d'une pièce de 5 francs (*The med. Rec. N.-Y.*, 9 oct. 1886).

Bowreman. — Traitement chirurgical de certaines tumeurs du cou (*Brit. med. journ*, 16 oct. 1886).

Carr (W.). — La cocaïne dans le traitement de la coqueluche (*The N.-Y. med. journ.*, 6 nov. 1886).

Cornil. — Des lavements gazeux dans la thérapeutique des maladies respiratoires (*France méd.*, n° 131, 13 nov. 1886).

Covarrubias. — Étude sur le chlorhydrate de cocaïne (*Revista med. de Chile*, n° 2, août 1886).

Deichler. — De la pathogénie et du traitement de la coqueluche (*Deutsche med. Ztg*, n° 74, 13 sept. 1886).

Dubreuil. — Extraction d'un corps étranger de l'œsophage (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, et *Courrier méd.*, 6 nov. 1886).

Ellis (Ed.). — Cancer de l'œsophage (*N.-Orléans med. and surg. journ.*, sept. 1886).

Fränkel (E.). — Sur la tuberculose de la glande thyroïde (*Virchow's Archiv*. T. CIV, fas. 1, 1886, p. 58).

Guillet. — Tumeur du corps thyroïde, mort, autopsie (*Soc. anatom. de Paris*, 14 mai, et *Progrès méd.*, 9 oct. 1886).

Habershon (Hubert). — Alimentation par la sonde stomacale après la trachéotomie (*Saint Barth. Hosp. Reports*, 1885, XXI, p. 79).

Holt (Emmet). — La cocaïne dans la coqueluche. Est-elle sans danger chez les jeunes enfants? (*The New-York med. Journ.*, 23 oct. 1886).

J. B. A. M. — Traitement du goître, effets de la thyroïdectomie totale; cachexie strumipriva (*Thérapeut. contemper.*, 22 oct. 1886).

Jœger (service Bœckel). — Communication sur quelques cas de goître (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 10 et 1er oct. 1886).

Leplat. — Kyste du corps thyroïde (*Soc. anat. clin. de Lille*, 21 juin, et *Journ. des sc. méd.*, 20 sept. 1886, n° 18).

Markoe (Th.). — Œsophagotomie pour un corps étranger logé dans l'œsophage (*Ann. of surg.*, sept. 1886).

Morel. — Nouveau traitement des maladies des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses (In-8° 45 p., Masson, édit., Paris, 1886).

Paget (Steph.). — Sarcome du corps thyroïde (*Pathol. soc. of London*, 9 oct. et *The Brit. med. journ.*, 23 oct. 1886).

Reverdin. — Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde (*Congrès français de chirurgie*, 18 oct. 1886).

Robinson (W.). — Du goître endémique (Londres, J. et H. Churchil, édit 1885).

Rogowitsch. — Physiologie de la glande thyroïde (*Med. Obsr.*, 19, 1886).

Schech (Ph.). — De l'œsophagite aiguë (*Münchener med. Wochenschr.*, n° 42, 1886).

Schwimmer. — De la tuberculose de la peau et des muqueuses (*59e Réunion des naturalistes et médecins allemands*, tenue à Berlin du 18 au 24 sept. 1886. *Section de dermatologie et de syphilis*).

Sloan (Th.). — Le goître est-il héréditaire? (*The Brit. med. journ.*, 6 nov. 1886).

Stocker. — Myxœdème aigu après la thyroïdectomie (*Brit. med. journ.*, 16 oct. 1886).

Stocker. — Cancer du thyroïde (*Pathol. Soc. of London*, 19 oct. et *Brit. med. journ.*, 23 oct. 1886).

Stonham. — Deux cas de gastrotomie faits avec succès, l'un compliqué de trachéotomie (*The Lancet*, 2 octobre 1886).

Treves. — Kystes malins du cou (*Pathol. soc. of London*, 19 oct. et *The Brit. med. journ.*, 23 oct. 1886).

Wainwright. — Abcès du cou et rétro-pharyngien (*The Lancet*, 9 oct. 1886).

Weinlechner. — Ligature des artères thyroïdes supérieures dans un cas de goître (*Gesellschaft der Arztein. Wien*, 5 nov. in *Wien. med Presse*, n° 46, 14 nov. 1886).

While (Hale). — Abcès de l'œsophage (*Pathol. soc. of London*, et *The Lancet*, 20 novembre 1886, p. 973).

Widerhofer. — De la coqueluche (Conférence clinique. *Allg. Wien. med.*, *Ztg*, nos 32 et 33, août 1886).

NÉCROLOGIE

Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre la mort de M. A. Burckhardt-Mérian, professeur d'otologie à l'Université de Bâle.

Nous n'avons pas besoin de rappeler que M. Burckhardt-Mérian, décédé à l'âge de quarante-quatre ans, à la suite d'une longue et pénible maladie, était l'auteur de plusieurs travaux importants sur les affections de l'oreille, et en particulier de plusieurs études sur la surdité des employés des Chemins de fer.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

TABLE DES AUTEURS[1]

TOME VI

1886

ABRAHAM, 157.
ALLEN (Harrison), 272, 408, 435, 574.
ARCHAMBAULT, 409.
ARIZA, 507.
ARMORY DE BLOIS, 458.
ARNAUD, 51.
AYSAGUER, 215, 528.
BABER (Creswell), 268.
BACON (G.), 621.
BARATOUX, *26*, *135*, *190*, 326, 329, 352, 672.
BARBILLON, 284.
BARLING (G.), 215.
BARRAL, 568.
BARRAUD, 105.
BARRÉ, 572.
BASSOLS Y PRIM, 511.
BAYER, 624, 682.
BÉAL, 275, 573.
BEEBZ, 633.
BENDELAK-HEWETSON, 168.
BENDELL, 279.
BERMAN, 175.
BERTHOLD, *333*.
BETZ, 84, 91, 627.
BEZOLD, 44, 276.
BLAKES, 698.
BOCHEM, 577.
BŒCKEL, 524.
BŒKER, 686.
BŒHLER, 96.
BONNEFOUS, 224.
BOSWORTH, 407, 645.
BOUCHERON, 672.
BOURDON, 574.
BOURNEVILLE, 175, 226.
BOURSIER, 691.
BREBION, 332.
BRECHOT, 279.
BRIAN, 175, 226.
BUCK, 617, 618.
BURCKHARD-MERIAN, 44.
BURNETT, 620, 643.
CAMPOS-SALLES (de), 561.
CARPENTER, 267.
CARTAZ, 98, 163.
CASTEX, 558.
CHARCOT, 696, 697.
CHARAZAC, *241*, 692.
CHATELLIER, 162, 400, 672, *679*.
CHEATAM, 413.
CHIARI, *121*, 205, 215.
CLARK (And.), 216.

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

Clinton, 464.
Coen, 687.
Cohen-Solis, 161, 405, 443, 446, 501, 695.
Cooper, 354.
Cormac (Mac.), 223.
Costa (Da), 99.
Coupard, 404, *496*.
Courtade, 271..
Cozzolino, 172.
Cristopher, 266, 268.
Daly (W.), 454.
Darbouet, 101.
Degail, 99.
Delavan (Bryson), 272, 451.
Delie, 330, 332, *551*.
Després, 694.
Donaldson (F.), 447, 450.
Donough, 528.
Downie, 414.
Dugardin, *320*.
Dwyer, 226.
Eeman, 7, 77.
Eitelberg, 107.
Etienne, 106.
Exner, 622.
Falls, 171.
Fasano, 173, 288.
Fazio, 414.
Ferras, 337.
Filloux, 270.
Flint (A.), 212.
Florency, 641.
François, 283.
French, 456.
Fry, 284.
Gare', *248*, 336, 340, 341.
Gassicourt (Cadet de), 630.
Gellé, 330, 331, 341, 346, 347, *656*, *661*, 671
Gerster, 578.
Goodwillie, 574.
Gordon, 216, 267.
Gotthelf, 86.
Gottstein, 48, 89, 90, 273, 684.
Gouguenheim, 337, 340, 459, 632, 673.
Grainger (Steward), 280.
Gray, 212.
Green (Orne), 641.
Gregor (Mac), 524.
Guerder, 575.
Guidi, 415.
Guinier, *181*.
Guye, 624.
Habermann, 46, 281.
Hansen, 694.
Hartmann (A.), 203, 445.
Hastrup, 635.
Havilland-Hall, 103.
Hedinger, 48, 90.
Henderson, 267.
Hendrix, 267.
Hering, 338, *585*, 464, 625, 627.
Hermantier, 403.
Heymann, 623, 684.
Hilchcoch, 500.
Hinkel, 271.
Hobart (A.-Hare), 97.
Holden (Edg.), 458.
Hooper, 437, 445, 526, 576.
Hopmann, 86.
Huglins (Jackson), 411
Hulke, 643.
Hutchinson, 413.
Ingals (Fletcher), 104, 160, 273, 275.
Jacobi, 85, 576.
Jacobson, 634.
Jarvis (Chapman), 53.
Jarvis (W.), 457.
Joal, 463.

Johnson, 218, 507.
Jorge, 645.
Jurasz, 211, 628.
Katz, 41.
Kiesselbach, 45.
Kirchner, 45, 49, 150.
Kleinschmidt, 404.
Knapp, 43, 49, 619.
Knight, 444, 449, 458.
Knode, 267.
Knox, 271.
Koch (Paul), 159, 221.
Koehler, 686.
Krause, 626.
Kuhn, 47.
Labbé (L.), 577.
Laffau, 412.
Lagrange, 227.
Laguesse, 55.
Lange, 578.
Langmaid, 436.
Lannois, 217.
Leidy, 442.
Lermoyez, 394, 459.
Leroy, 218.
Lichtwitz, *16*, *57*, *649*.
Lincoln, 54.
Little, 620.
Loewe, 687.
Lublinski, 682, 694.
Lucœ, 41, 44.
Mackensie (John), 213, 444, 501, 577.
Mackern, 692.
Major (G.-W.), 457.
Manby, 223.
Mantle, 96.
Markow, 646.
Martel, 269.
Martin, 168.
Masseï, 92, *289*.
Masini, 152.
Masucci, 354, 525.
Mathewson, 641.
Menière, *296*, 333, *677*.
Meschede, 623.
Meyer, 91.
Michael, 623.
Mikulicz, 623.
Miot, *132*, 328, 331, 341, *325*, 671.
Moncorvo, 285.
Monette, 405.
Moos, 49.
Morelli, 683.
Morgan (Carroll), 455.
Moriarty, 407.
Moszinski, 635.
Moura, *506*, 338, 340, 341, *481*, *529*, *599*, *670*, *673*, *701*.
Moure (E. J.), *1*, 329, 331, 337, 391, 415, *417*, *668*, 691, 700.
Mullot, 170.
Munschina, 100.
Neuman, 166, 526.
Noquet, 329, 331, 341, *369*.
Peau, 353, 575.
Perier, 571.
Perotti, 222.
Peut, 286.
Poël (Vander), 407.
Polo, 564.
Pomeroy, 620.
Prévost, 573.
Pritchard (Urban), 687.
Quarry (Silcock), 105.
Quenu, 516.
Ramaugé, 645.
Ramsdell, 640
Ravogli, 167.
Rebillard, 102, 274.
Reichert, 623, 625.

Remak, 623.
Rice, 411, 507.
Richelot, 630.
Riehl, 205.
Roé, 406.
Rohrer, 40.
Roller, 46, 90.
Rosenberg, 627.
Rosenfeld, 90, 681.
Roswell, 632.
Rotch, 698.
Rougier, 252, 337, 341.
Rumbold, 268.
Sajous, 445, 506.
Santvoord (Van), 56.
Schadewaldt, 684.
Schæffer, 49.
Schawabach, 684.
Schech, 208.
Schiffers, 330, 332, 377.
Schlesinger, 625, 686.
Schmidt, 626, 683.
Schmiegelow, 593.
Schmithuisen, 85.
Schnitzler, 86, 89, 625, 686.
Schrötter, 624.
Schwartz, 512.
Seiler, 436, 445, 506.
Semon, 622.
Sexton, 107, 615.
Sherry, 157.
Shurley, 436, 453.
Sota (Ramon de la), 103, 262, 437, 508.
Souchar, 412.
Spaak, 648.
Starker, 411.
Stein, 88.
Stoerk, 623, 683.
Strong, 274.
Strubing, 625.
Sydney (Davies), 525.
Taffani (Alessandro), 688.
Tauber, 220.
Thibierge, 95.
Thiery, 156.
Tipton, 645.
Tornwaldt, 623, 683, 685.
Trélat, 572.
Trifiletty, 172.
Trucheart, 108.
Trukenbrod, 40.
Verdos (Mauri), 356.
Voiturier, 356.
Vulpian, 282.
Wagenhauser, 48.
Wagner (Clinton), 457.
Ward, 412.
Weil, 629.
Weill, 522, 644.
Wilbis (de), 267.
Wolf, 171.
Wyss, 162, 164, 638.
Ziegelmayer, 85.
Ziem, 159, 633.
Zouiovitch, 176.

TABLE DES MATIÈRES [1]

A

Abcès : de la bronche gauche (avec ulcération de la trachée), 86; — profond de la base de la langue (débridement), 524; — des cellules mastoïdiennes, 620; — intra-craniens (trépanation), 643; — de la trachée, 681.

Acide lactique : voyez Lactique.

Acoumètre : la montre comme — 44; — basé sur la durée de l'excitation sonore nécessaire à la perception, 347.

Adénopathie : rétro-pharyngienne d'origine syphilitique, 100.

Aérothérapie : histoire, importance, 173.

Amygdale : accident pendant l'ablation, 572; — anomalies (deux cas), 211; — calculs, *554*; — orchite et ovarite amygdaliennes, 463; — tubercul. 157; — ulcérations, 270.

Amygdalite : manifestation du rhumatisme, 271; parésie consécutive à une —, 573.

Amygdalotomie : hémorragie alarmante après l', 457.

Angine : infectieuse de Ludwig (étude critique), dans laquelle le rhumatisme entre pour une part principale, 96; — paralysie du membre supérieur consécutive à une — simple, 573.

Angiome : du nez, 406.

Anomalie : des amygdales (2 cas), 211; — d'insertion thyroïdienne de la corde vocale, *673*; — du pavillon de l'oreille, *677*.

Aphonie : spasmodique, 467.

Apophyse mastoïde : abcès des cellules, 620; — affections (formes les moins communes), 641; — exostose, opération, guérison, 641; — mastoïdite condensante (mort après opération avec les ciseaux), 619; — opération (détails techniques), 618; — ouverture dans un cas d'abcès cérébral, 41; périostite syphilitique (avec symptômes nerveux), 166; — périostite, et du conduit osseux, 166; — trépanation (mort par intoxication par l'iodoforme), 47; (dans l'otite moyenne suppurée), 279.

Arcs : branchiaux chez l'homme, 516.

Arthrite : crico-aryténoïdienne, 508.

Aryténoïdien (muscle) : rôle physiologique, 670.

Asthme : bronchique (théorie), 216; — et fièvre de foins, 407.

Ataxie locomotrice : accidents laryngés, 100; — hémiatrophie de la langue, 51; — paralysie des dilatateurs (symptôme initial du tabes), 629.

Atropine : dans le coryza aigu, 212.

Audition : amélioration consécutive à la section des cicatrices du tympan, 168; — hallucination consécutive à des altérations de la muqueuse nasale et du squelette, *252*; — organe de l'; — recherches d'anatomie comparée, 688.

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

Auditive (acuité) : désignation uniforme des examens, 44 ; — utilité d'adopter une méthode uniforme pour exprimer les examens, 43.

Autopsie (Manuel des), 175.

B

Balnéothérapie : 172.

Bande ventriculaire : hypertrophie, adhérences partielles consécutives à une plaie du larynx, 528.

Bégaiement : traitement, nouvelle méthode, 687.

Borique (acide), sa valeur dans les affections de la bouche, 524.

Bouche : index bibliographique, 109, 228, 357, 468, 580, 702 ; — lésion de la muqueuse dans le lichen plan, 95 ; — leucoplasie, 208 ; — lypémanie consécutive à des altérations de la muqueuse, 252 ; — syphilis (traitement des suites), 574 ; — tuberculose, 450 ; — tumeurs malignes de l'arrière, 558 ; — valeur de l'acide borique dans les affections de la, 524.

Bourdonnements : 164 ; — dans les maladies de l'estomac, 296, 344.

Bourse pharyngienne : kyste de la —, 525 ; de la —, 684.

Bright : (surdité dans le mal de), 414.

Bronche : extraction d'un davier de la — droite, 223.

Bruits : intra-auriculaires, 48.

Buccal : voir Bouche.

C

Canal nasal : (rapport entre l'obstruction du) et le catarrhe nasal, 272.

Cancer : voir les différents organes.

Canule : nasale et auriculaire, 415.

Cavité-naso-pharyngienne : voir Pharynx nasal.

Centre : y a-t-il un — du larynx, 217 ; — cortical du larynx, 248.

Céphalalgie : associée au catarrhe nasal, 408.

Cérébral : paralysies vocales, 248 ; — troubles laryngés d'origine, 102, 274.

Cerveau : maladies dues aux affections de l'oreille, 641.

Chondrome : parotidien faisant saillie dans le pharynx, opération par la bouche, 571.

Chorée : du larynx, 354 ; — partielle et générale par réflexes naso-pharyngiens, 576.

Cloison : voir Fosses nasales.

Cocaïne : action thérapeutique, 645 ; — dans la coqueluche, 284 ; — dans le coryza des roses et la fièvre de foin, 99 ; — dans la fièvre de foin, 273 ; — dans les voies aériennes supérieures, 89 ; — spasme laryngé causé par des pulvérisations de, 103.

Compte rendu : de la Société des médecins et naturalistes allemands (58e réunion) ; — section d'otiatrie, 41 ; — section de laryngologie, 84 ; — (59e réunion), section de laryngologie et de rhinologie, 622, 681 ; — de la Société française d'otologie et de laryngologie, 326, 667 ; — de la Société de laryngologie d'Amérique, 435, 500 — de la Société d'otologie, 615 ; — de la Société espagnole de laryngologie, 507 ; — des malades traités (otiatrie) à la clinique de Berlin de 1881 à 1884, 634.

Conduit auditif : voir Oreille externe.

Conjonctivite : chronique sous la dépendance d'une affection des fosses nasales, 216, 267.

Coqueluche : cause de surdité, 171 ; — traitement par la cocaïne, 284 ; — par la résorcine, 285 ; — par les insufflations nasales, 575, 577.

Cordes vocales : anomalie d'insertion, *673* ; — Contracture (trachéotomie, mort), 162 ; — fixées en position vocale, 695 ; — myxome hyalin, 7 ; — syphilome, 77.

Cornets : voir Fosses nasales.

Corps étrangers : des fosses nasales, 272, 577 ; — du larynx, 528 ; — de l'œsophage (œsophagotomie), 646 ; — de l'oreille (meilleure méthode pour l'ablation des), 413 ; — (à la bifurcation de la trachée), 159 ; — trachéotomie pour un — 412 ; — dans les voies aériennes (solide), 105, 106 (dans les premières voies), 221 ; — de la voûte palatine, 404.

Correspondance : 646, 701.

Coryza (voir aussi Rhinite et Fosses nasales) ; — des roses (traitement par la cocaïne), 99 ; production avec une rose artificielle, 213 ; — traitement par l'atropine, 212 ; et cause, 212, 405.

Cou : index bibliographique, 118, 237, 367, 478, 590, 711.

Crico-aryténoïdiens : postérieurs histoire ultérieure d'un cas de paralysie des, 446.

Crises : épileptiformes par otite moyenne, 341, *369*.

Croup : (voir aussi Diphtérie), index bibliographique, 118, 236, 366, 476, 589, 710 ; — trachéotomie à la période asphyxique, 226 ; — traité par le tubage (2 cas), 226.

D

Délire et folie transitoires après les opérations pratiquées sur les fosses nasales, 159.

Deglutition (recherche sur la) : après l'extirpation totale de la langue, 156.

Diphtérie (voir aussi Croup) : affection grave du labyrinthe compliquant la — scarlatineuse, 171 ; — index bibliographique, 118, 236, 366 476, 589, 710 ; — de l'œsophage, 284 ; — néphrite primitive, 415 ; — traitement (le plus simple et le plus efficace), 454 ; abortif, 645 ; emploi du fer, 645 ; — sur un cas très grave, 624.

Dyspnée : spasmodique, 467.

E

Enclume : Excision, 49.

Epiglotte : absence congénitale, démontrant les fonctions de cet organe, 450.

Epistaxis : 45 ; — grave, tamponnement, otite suppurée, *656*.

Epithélioma : voir les différents organes ; — Développement embryonnaire dans les voies aériennes, 55.

Erysipèle : de larynx, 92.

Estomac (bourdonnements dans les maladies de l'), *296*, 344.

Eternuement : hystérique, guéri en apparence par les courants continus dans les fosses nasales, 501.

Etrier : excision de la branche de l', 49.

Examen : digital des cavités nasales, 576.

Exostose : éburnée du conduit auditif (extirpation), 49.

Extirpation : du larynx, 352,

353 (totale), 577, 578, 632; (unilatérale), 578 — d'un polype fibro-muqueux des arrières narines, *679*.

F

Fièvre de foin : Affections qui s'y rattachent, 407; — (théorie de la), 216, 268; — traitement par la cocaïne, 99, 273.

Fistule : du pharynx (cas rare), 97.

Fosses nasales : Affections, catarrhales (considérées au point de vue de l'étiologie de la phtisie pulmonaire), 53; (aiguës et chroniques), 267; (rapport avec l'obstruction du canal nasal), 272; (pathologie), 466; (céphalalgie associée aux), 408; — Canule à injection, 415; — Compte rendu de la Société des médecins et naturalistes allemands (58e réunion), 84; — (59e réunion), 681; — de la Société française d'otologie et de laryngologie, 326, 667; — cloison; déviation, 407; hématomes, 575; perforations (cas assez rares), *595*; néoplasme, 121; — (conjonctivite chronique sous la dépendance d'une affection des —), 216; — Cornets : excavations occupant le cornet moyen (avec écoulement fétide), 85; hypertrophie, 267; dénudation, 574; (coupes des) sur des lapins, 687; — Corps étrangers, 272, 577; — Délire et folie transitoires après les opérations, 159; — examen : (guide), 268; digital, 574; — guérison des tissus malades, 268; — éternuement hystérique, 501; — Index bibliographique, 111, 230, 358, 470, 703; — inflammations spécifique, 267; — Insufflations médicamenteuses, 575, 577; — lypémanie consécutive à des altérations de la muqueuse et du squelette, 252; — (manuel des maladies des —), 391; — narines (collapsus au moment de l'inspiration), 159; — Névroses réflexes, 98, 99, 464, (et tumeurs), 86; — observations rhinologiques, 214; — (obstruction des —) et laryngite récurrente, 160; — opération guidée avec le miroir, 686; — Ozène (et rhinites fétides), 561; complications auriculaires, 638; — rhinolite, 407, 626; — rhinoscléroome de la muqueuse, 205; (un cas), 525; — Traitement (méthode de douceur dans le —), du catarrhe, 405; (dénudation des cornets comme moyen de —), 574; du coryza des roses et de la fièvre de foins par la cocaïne, 99; chirurgical (affections qui réclament un —), 507; de la coqueluche par les insufflations de poudres médicamenteuses, 575, 577; — empième de l'antre d'Higmore, 623; — (troubles de la voix dans les affections des —), *16*, 57. — fibro-sarcome primitif, *417*; — Tumeurs : mélanosarcome (guéri par le galvanocautère, 54; papillomes, 215; polypes muqueux (transformation en tumeurs malignes), 682.

Fractures : du thyroïde (laryngotomie), 223; du manche du marteau, 107.

Furoncles : voir les différents organes.

G

Galvanocaustie : batterie, 48, 90.

Glossite : phlegmoneuse (nouveau procédé de débridement dans la), 524; — rhumatismale, 272.

Goitre : kystique, 175; — ordi-

naire, compliqué de palpitations, 414.

Gomme : de la base de la langue, 500 ; — du larynx, 458.

Gorge : classification des névroses fonctionnelles, 157 ; — localisation des sensations, 684 ; — lupus, 437 ; — maladies de la, 172 ; — mycosis de l'arrière, 181 ; — syphilis (traitement des suites), 574.

Gout : hallucinations du, - consécutives à des altérations de la muqueuse buccale, etc., 252 ; — recherche sur les sensations du — après l'extirpation de la langue, 156.

Granulome : avec poils, 47.

H

Hématome du larynx, 222 ; — du corps thyroïde, 286.

Hémiatrophie : de la langue (dans le tabes), 51 ; — de l'— de la langue, 377.

Hémorragie : après l'amygdalotomie, 457 ; — du larynx, 691 ; — de l'oreille (trois cas), 661 ; — après l'uvulotomie, instrument pour l'arrêter, 455.

Higmore : traitement de l'empième, 623.

Hyoïdien : kyste sous —, 551.

Hystérie : mutisme, 696 ; — tics et diagnostic, 697 ; — zones sur les voies aériennes supérieures et les organes des sens, 649.

I, K

Index bibliographique : 109, 228, 357, 468, 580, 702,

Injections : Manuel des — sous-cutanées, 227.

Instruments : présentation, 346.

Iodoforme : intoxication, 47.

Kystes : voir les différents organes.

L

Labyrinthe : voir Oreille interne.

Lactique (acide) : dans les ulcérations tuberculeuses du larynx, 585 ; — dans les voies aériennes supérieures, 89.

Langage : (recherche sur le) articulé après l'extirpation de la langue, 156.

Langue : affections peu communes (trois cas), 210 ; — débridement des abcès profonds de la base (nouveau procédé), 524 ; — épithélioma, 572 ; — hémiatrophie (dans le tabes), 50 ; — hémiatrophie, 377 ; — infiltration gommeuse de la base, 500 ; — mobilité anormale, 211 ; — paralysie, 411 ; — recherches sur les sensations du goût, les mouvements des mâchoires, la déglutition, le langage, après l'extirpation, 156.

Laryngite : aiguë, tubage, 274 ; — pseudo-membraneuse, tubage, 275 ; — récurrente et obstruction des fosses nasales, 160 ; — sèche, 682 ; — striduleuse, 630.

Laryngologie : expériences chirurgicales de 1875 à 1885, 49 ; — méthodes nouvelles pour l'emploi de la lumière électrique, photographie du larynx, 88.

Laryngométrie : conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine, 481, 529, 599.

Laryngotomie : pour fracture du thyroïde, 223 ; — guérison, 412 ; — inter-crico-thyroïdienne, 630, 691 ; — thyroïdienne, (réouverture du larynx), 458.

Larynx : Accidents chez les ataxiques, 100 ; Anomalie d'insertion de la corde vocale droite, 673 ; — Aphonie et dyspnée spasmodiques, 467 ; — Arthrite

crico-aryténoïdienne, 508 ; — Bandes ventriculaires (hypertrophie avec adhérence partielle), 528 ; — Centre cortical du), 217, *248*, 340 ; — Cocaïne (valeur de la) du menthol et de l'acide lactique, 89 ; — Contracture de la corde droite, trachéotomie, mort, autopsie, cancer encéphaloïde du poumon, 162 ; — Chorée du, 354 ; — compte rendu de la Société des médecins et naturalistes allemands (58me réunion), 84 ; (59me réunion), 622, 681 ; de la Société française d'otologie et de laryngologie, 326, 667 ; de la Société de laryngologie d'Amérique, 435, 500 ; de la Société espagnole de laryngologie, 507 ; — Corps étrangers, 528 ; — épiglotte (absence congénitale démontrant les fonctions de cet organe), 450 ; — érysipèle du, 92 ; — Extirpation, 352, 353, 577, 578, 632 (unilatérale), 578 ; — Gomme (avec ouverture du — après laryngotomie), 458 ; (étude sur les), 692 ; — hématome, 222 ; — hystérie du, 697 ; — image photographique du, pendant la voix chantée, 456 ; — Index bibliographique, 112, 232, 360, 572, 583, 705 ; — inflammation spécifique, 267 ; — issue d'une balle par le, 694 ; — kyste, *496* ; — laryngopathies (musée anatomo-pathologique), *306* ; — laryngo-typhus, 694 ; — lèpre, 152 ; — mode de conservation des miroirs, 633 ; — nécrose (cas rares de), 90 ; — nerfs (sur les), 622 ; — Œdème du, 458 ; (unilatéral consécutif à un traumatisme), 161 ; (forme rare), 625 ; (traité par les scarifications, 692 ; — Papillome corné, 628 ; — Paralysie des abducteurs et non contracture des adducteurs, 622 ; des dilatateurs, symptôme initial du tabes, 629 ; organique des abducteurs, 686 ; des crico-aryténoïdiens postérieurs (histoire ultérieure d'un cas), 446 ; myopathique des crico-aryténoïdiens postérieurs, 103 ; de la corde vocale droite, 411 ; frustes, 507 ; position des cordes vocales, 445 ; d'origine centrale, 163, 248 ; (32 cas), 218 ; périchondrite, 458 ; — Physiologie de la phonation, 269, 394 ; de la voix et du chant, 459 ; conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine, *481*, *529*, *599*, 646 ; larynx considéré comme un instrument à cordes, 411 ; rôle du muscle aryténoïdien, *670* ; — photographie (nouvelle méthode d'emploi de la lumière électrique), 88 ; — polype, *1* ; muqueux et kystes sanguins, *499* ; — Récurrent (compression, fixation de la corde vocale en position vocale), 695 ; (les fibres abductrices du — sont-elles toujours affectées les premières), *241* ; (fonctions du), 447 ; — rétrécissement (laryngotomie inter-cricothyroïdienne), 691 ; — rhumatisme (manifestations laryngées), 409 ; — spasme dû à des pulvérisations de cocaïne, 103 ; — syphilis et tuberculose combinées, 686 ; — tubage, 226, 274 ; — troubles laryngés d'origine cérébrale, 102, 274 ; — Tuberculose : laryngée dans ses rapports avec celle de la peau), 218 ; — traitement (local), 220, (par les moyens chirurgicaux), 232, 289, 338 ; (par la trachéotomie, 626 ; — traitement, 104, 164, 626, 627 ; ulcéreuse, traitée par l'acide lactique, 385 ; ulcération (cu-

rabilité), 625; — tumeurs, 512, 526, 694 (nouveau procédé pour l'ablation des — (sous-glottiques), 457; — ulcérations (question du diagnostic), 86; — ventricules (prolapsus), 457; — vertige laryngé, 449.

Lèpre : du larynx, 152.

Leucoplasie : buccale, 208.

Lichen : plan (lésions de la muqueuse de la bouche dans le), 95.

Lobule : voir Oreille externe.

Logoplégie : surdité et — par suite de coup sur la région occipitale, 556.

Ludwig : angine de — étude critique, 96.

Luette : hémorragie après l'uvulotomie, 455; — papillome de la, 404.

Lupus : de la gorge, 437.

Lypémanie : avec délire des persécutions consécutif à des altérations de la muqueuse buccale, nasale, naso-pharyngienne, etc., 252.

M

Marteau : Excision du manche, 49; — Fracture du manche, 107; — Tumeur du manche, 132.

Mastoïde : voir Apophyse mastoïde.

Médiastinite : antérieure (complication de la trachéotomie), 275.

Mélano-sarcome : voir les différents organes.

Menthol; dans les voies aériennes supérieures, 89.

Miroir : Mode de conservation, 633.

Mustisme : hystérique, 696.

Mycosis : de l'arrière gorge, 181.

Myringite : voir Tympan et Oreille.

Myringoplastie : 333.

N

Narines : Collapsus au moment de l'inspiration, 159.

Naso-pharyngien : voir Pharynx nasal.

Nécrologie : Burckhardt-Mérian, 712; — (Fournié Ed.), 240; — Prat, 480; — Thaon, 480.

Nephrite : diphtéritique primitive, 415.

Nerfs : laryngés, 622.

Névralgie : du tympan, 48.

Névrose : du larynx, (cas rares), 90.

Névroses réflexes : d'origine nasale, 86, 98, 99, 464. (chorée), 576; fonctionnelles, (classification), de la gorge et du nez, 157; — Troubles nerveux qui compliquent les affections du pharynx, 177; — Vasomotrice respiratoire, (pathologie et traitement, 561.

Nez : (voir aussi Fosses nasales); Angiome, 406; — Index bibliographique, 111, 230, 358, 479, 582, 703; — Névroses fonctionnelles, (classification), 157; Maladies du, — Syphilis, (traiment des suites de la), 576.

Nouvelles : 480, 592, 648.

O

Odorat : Hallucinations de l' — consécutif à des altérations de la muqueuse, 252:

Œdème : du Larynx unilatéral, 161; — du larynx, 458; — forme rare, 625; — traités par les scarifications, 692.

Œsophage : Corps étranger, (Œsophagotomie), 646; — Diph-

terie de l'—, 284; — Index bibliographique, 118, 237, 367, 478, 590, 711; — Plaies, 283; — Rétrecissements (diverses variétés), 568.

Œsophagotomie : pour un corps étranger, 646.

Orchite : amygdalienne, 463.

Oreille : Abcès intra-craniens consécutifs aux suppurations, trépanation, 643; — Affections (négligées ayant amené la mort) 107; d'origine traumatique, 621; Anatomie comparée (recherches), 688; — Apophyse mastoïde, (Exostose, opération, guérison), 641; (formes les moins communes d'affections), 641; Mastoïdite condensante terminée par la mort, 619; — Bourdonnements, 164; — dans les maladies de l'estomac, 296, 344; — Bruits intra-auriculaires, 48; — Canule à injection, 415; — Complications dans l'ozène, 638; — Cerveau (Maladies du —), dans les affections de l'—), 641; — Compte rendu de la Soc. des Méd. et Naturalistes allemands (58me réunion), 40; de la Société française d'Otol. et de Laryngol., 326, 667; de la Société d'Otol. d'Amérique, 615; — Ecoulements (considérations sur les), 636; — Examen chez les écoliers, 276; — Observations sur l'— faites avec le diapason, 41; — Fonctions du tympan, démontrées par la clinique, 636; — Index bibliographique, 115, 235, 363, 474, 586, 707; — Inflammation purulente avec perforation de la partie attique, 620; — Malades traités à la clinique de Berlin de 1881 à 1884, 634; — Maladies de l'— 172; — et leur traitement, 203; — Maladies chez les enfants, 640; Manuel des maladies de l'—, 150, 687; — Mobilisateur du tympan, 356; — Opération pratiquée sur l'apophyse mastoïde (détails techniques), 618; — Otite, (hémorragique) (3 cas), 661; — (consécutive à des instillations d'acide sulfurique, 635; — Perforation du tympan (et nouveau mode de traitement), 564; moyen de la conserver ouverte), 637; — Périostite de l'apophyse mastoïde avec symptômes nerveux, 166; — Physiologie, 620; — Politzer (modification du procédé de), 644; — Surdité vasculaire, (dyscrasie auriculaire), 354; — Symptômes réflexes, 698; Syphilis, *26*, *135*, *190*; tertiaire avec pièces anatomiques, 49; — Traitement : de l'obstruction des trompes, 668; des polypes par les injections d'acide phénique, 279; — Tuberculose, 46; — Ulcérations douloureuses ou peu douloureuses de nature tuberculeuse, 617.

Oreille externe : Anomalies de conformation, 40; — Micrococci, dans les furoncles du conduit, 415; — Cheloïde du lobule chez les Esquimaux, 635; — Collection non hématique du pavillon, 356; — Comédons, *555*; — Corps étrangers, (meilleure méthode pour les extraire), 412; — Développement anormal du pavillon, *677*; — Extirpation d'une exostose éburnée, 49; — Granulome avec poils, 47; — Otite avec flegmon profond de la région temporale, *552*; Périostite du conduit et de l'apophyse mastoïde, 166; — Vertige consécutif aux injections de liquide, 170; — Vice de conformation, 700,

Oreille moyenne : Abcès céré-

bral consécutif à une otorrhée, 40; — Affection chronique, (étiologie, traitement), 168; — Catarrhe purulent aigu et chronique, 615; — Crises épileptiformes par otite moyenne, 341, *569*; — Fracture du manche du marteau, 107; — Inflammation, 266; Tumeur fibreuse, névralgie, otorrhée, 108; — Tumeur du manche du marteau, *132*.

Oreille interne : Affection grave du labyrinthe compliquant la diphterie scarlatineuse, 171; Otite interne (contribution à l'étude de l'), 281; — Syphilis, *26*, 643.

Otite moyenne suppurée : Aiguë et chronique, complications. 615; — bilatérale (épistaxis, tamponnement), *656*; — Considérations, 636; — Hernie de la muqueuse de la caisse à travers la perforation du tympan dans l'), 170; Traitement (par les instillations de sublimé), *520*; — Discussion sur le traitement de l', 328, 329, 333; des suppurations de la caisse, *425*; — (nouvelle opération pour la cure radicale) 625; — Trépanation mastoïdienne dans l'—, 279; — Ulcéreuse, 636.

Otopiesis : Examen de 73 sourds-muets au point de vue de l'—, 46.

Otorrhée : Voir Otite suppurée.

Ouie : Voir Audition.

Ovarite : amygdalienne, 463.

Ozène : Voir Coryza, Rhinite et Fosses nasales.

P

Palais : (voir aussi Voile du palais); — Corps étrangers de la voûte, 404; — Tuberculose de la voûte du, 403; ulcération tuberculeuse, 404.

Palpitations : compliquant le goître, 414.

Papillome : voir les différents organes; — corné du larynx, 628.

Paralysie : laryngées (d'origine centrale), 163 (32 cas), 218; — des cordes vocales (leur position), 445; — des crico-aryténoïdiens postérieurs (histoire ultérieure d'un cas), 446; — myopathique des crico-aryténoïdiens postérieurs, 183; — de la langue et de la corde vocale droite, 411; — laryngées frustes, 507; — des abducteurs et non contracture des adducteurs, 622; — des dilatateurs, symptômes initial du tabes, 629; — organique et hystérique des abducteurs, 686; — du membre supérieur après une angine simple, 573; — parésie après une amygdalite, 573.

Parotide : chondrome, 571; — index bibliographique, 118, 237, 367, 478, 590, 711.

Parotidite : suivie de surdité, 413.

Périchondrite : du larynx, 458.

Pharynx : Adénopathie, (rétro) d'origine syphilitique, 100; — adhérence avec le bord libre du voile, 574; — Catarrhe (pathologie du prétendu), 466; — (chondrome parotidien faisant saillie dans le), 571; — Fistule (cas rare), 97; — Index bibliographique, 109, 228, 357, 468, 580, 702; — Troubles nerveux qui compliquent les affections, *177*; — Tuberculose, 156, 271.

Pharynx nasal : Bourse pharyngée (kyste), 525; (de la), 684; — Catarrhe du, 685; — mé-

thode de douceur dans le traitement du), 405; — Index bibliographique, 111, 230, 358, 470, 582, 703; — Lipémanie consécutive à des altérations de la muqueuse, 252; — Manuel des maladies du, 391; — Polypes fibreux, 267; fibro-muqueux 99, 679; — Possibilité de projeter la langue dans le, 211; — Réflexes (chorée partielle et générale), 576; — Troubles de la voix dans les affections du, 16 57; — Végétations adénoïdes : (opérations des), 273; (étude sur les), 400; avec des particularités peu ordinaires, 435: (des), 466, 526, 576; — tumeurs (un cas de), 507.

Phonation : physiologie, 269; — (étude expérimentale sur la), 394, (organe de la); — considéré comme un instrument à cordes, 411.

Photographie : du larynx, 88; — image pendant la voix chantée, 456.

Phtisie : voir Tuberculose.

Phymie : voir Tuberculose.

Plaie : par arme à feu, issue de la balle par le larynx, 694.

Politzer : procédé (modification), 644.

Polypes : des arrières-fosses nasales, fibro-muqueux, 99, 679; — fibreux, 267; — du larynx (cas rares), 1, 7; — muqueux (transformation en tumeurs malignes), 682; — de la trachée, 84; — du voile du palais papillomateux, 271; — de l'oreille (traitement par l'acide phénique), 279.

Q

Quinine : (insufflation de) dans les fosses nasales contre la coqueluche, 577.

R

Récurrent : fonction du , 447; compression, fixation de la corde vocale en position vocale, 695; — les fibres abductrices du sont-elles toujours affectées les premières? 241.

Réflexes : symptômes (d'origine auriculaire), 698.

Résorcine : dans la coqueluche, 285,

Rétrécissement : du larynx (dilatation), 691; — de l'œsophage (diverses variétés), 568; — syphilitique de la trachée, 632.

Rhinite : atrophique (complications auriculaires), 638; — fétide et ozène, 561; — prurigineuse (traitement), 268; — (voir aussi Coryza, Fosses nasales, Fièvre de foin).

Rhinolithe : 407, 686.

Rhinologie : expériences chirurgicales, 49; — observations de, 214.

Rhinosclérome : de la muqueuse 205; (un cas), 525.

Rhumatisme : amygdalite, 271; angine infectieuse (dans le), 96; — glossite, 272; — manifestations laryngées, 409; — thyroïdite aiguë, 176.

S

Scarification : dans l'œdème du larynx, 692.

Sens : (organe des) zones hystérogènes, 649.

Spasme : laryngé causé par des pulvérisations de cocaïne, 103.

Sublimé : en instillation dans la suppuration de la caisse, 320.

Sulfurique (acide) : otite consécutive à des instillations, 635.

Surdité : (coqueluche cause de), 171; — consécutive à des chu-

tes répétées, 280 ; — suite de parotidite, 413 ; — dans le mal de Bright, 414; — et logoplégie, suite de coup sur la région occipitale, 556 ; — vasculaire, 354.

SURDI-MUTITÉ : examen relatif à l'otopiésis, 46.

SYPHILIS : voir les différents organes.

T

TABES : voir Ataxie locomotrice.

TEMPORAL : maladies du cerveau dues aux affections du), 641.

THYROIDE : (corps) anomalie d'insertion de la corde droite, 673; — Fracture, (laryngotomie), 223; — Index bibliographique, 118, 237, 367, 478, 590, 711; — Kystes hématiques, 286; — Thyroïdite aiguë rhumatismale, 176.

THYROIDECTOMIE : un cas, 227.

THYROTOMIE : ses applications, 224; — 3 cas guéris sans altérations de la voix, 457.

TRACHÉE : abcès, 681 ; — adénopathie (contracture de la corde voc. inf. dr., trachéotomie, 162; — cancer primitif, 633 ; — corps étranger à la bifurcation, 159; — Index bibliographique, 112, 232, 360, 472, 583, 705 ; — Polype, 84; — Rétrécissement syphilitique, 632: — Trachéite ulcér. syphilitique, 105; trachéite et bronchite chroniques, traitement, 625—; ulcération et abcès périchondrique de la bronche g., 86.

TRACHÉOTOMIE : dans un cas de contracture de la corde vocale droite, 162; — à la période asphyxique du croup (procédé Saint-Germain), 226; — complication rare, (médiastinite antérieure), 275; — chez un enfant de 13 mois, 412; - post-mortem (guérison), 412; — dans la phtisie laryngée, 626.

TRÉPANATION : pour l'évacuation des abcès intra-craniens, 643.

TOUX (cas de) peu ordinaire, 411.

TROMPE (d'Eustache) : obstruction, traitement, 668.

TUBAGE : du larynx, 226; — pour une laryngite aiguë, 274 ; pour une laryngite pseudo-membraneuse, 275.

TUBERCULOSE : Amygdale 157; — Buccale, 451 ; — des fosses nasales (affection catarrhale des) considérées au point de vue de l'étiologie de la), 35; - Laryngée (dans ses rapports avec celle de la peau), 218; — Traitement, 104, 162, 220, 626, 627, (traitement par les moyens chirurgicaux), 289, 336 338 ; (trachéotomie), 626; — et syphilis combinées, 686; — ouïe (de l'organe de l'), 46; — du pharynx, 271; — (théorie parasitaire de la), 288; — Pulmonaire (altérations de la voix) 510; — Ulcérations du larynx (traitées par l'acide lactique) (curabilité), 625; — ulcération indolores ou peu douloureuses du tympan, 617; de la voûte palatine, 403, 404 — Cicatrices (amélioration immédiate de l'ouïe après la section des), 168.

TUMEURS : voir les différents organes.

TYMPAN : fonction (démontrée par la clinique), 636; — (hernie de la muqueuse de la caisse à travers la perforation du), 170; — inflammation purulente de la portion attique, avec perforation traitée par le peroxyde d'hydrogène, 620; — mobilisateur du, 356; — myringite

purulente (faits histologiques sur la), 49; — myringoplastie à propos des perforations du, 533; — névralgie, 48; — perforation et nouveau traitement 564; — moyen de la conserver ouverte, 637; — rupture du, 167; — ulcérations indolores ou peu douloureuses, de nature tuberculeuse, 617.

TYPHUS : laryngien, 694.

U V

ULCÉRATION : voir les différents organes.

UVULOTOMIE : (hémorragie après l') 455.

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES : couteau pour extirper, 48; — (étude sur les 400; — opération, 273; — Des —, 466, 526; — avec des particularités peu ordinaires, 435, 576.

VERTIGE : auriculaire consécutif aux injections de liquide, 170; — laryngé, 449; — Des —, 522.

VICE DE CONFORMATION : de l'oreille externe, 700.

VOIES AÉRIENNES : valeur de la cocaïne, du menthol et de l'acide lactique, 89; — corps étranger, 105, 106, 221; — développement embryonnaire de l'épithélium, 55; — nouveaux remèdes dans les maladies des — supérieures, 453; — zones hystérogènes des — supérieures, *649*.

VOILE DU PALAIS : (troubles de la voix dans les affections du), *16*, *57*; — polypes (papillomateux), 271; — releveur écarteur du 346; — paralysie, 411; adhérence avec le pharynx, 574.

VOIX : altération dans la période prémonitoire de la tuberculose pulmonaire, 511; — (trois cas de thyrotomie guéris sans altération de la, 457; — physiologie, 459, (conditions anatomo-physiologiques), *481*, *529*, *599*; — (troubles de la) dans les affections du voile du palais etc., *16*, 57.

W Z

WRISBERG : recherches sur les fonctions du nerf de, 280.

ZONES : hystérogènes de la muqueuse des voies aériennes supérieures et des organes des sens, *649*.

ERRATA DU SIXIÈME VOLUME

Page 94 : c'est par erreur que nous avons fait dire à M. Masséi qu'il considérait les tous cas d'œdème aigu du larynx comme étant des érysipèles.

Article du Dr MOURA, page 542, ligne 15, au lieu de : *timbre*, lire : *ton*. — Page 603, ligne 27, au lieu de : *attendu*, lire : *malgré*. — Page 604, 1re ligne, au lieu de : *sujette*, lire : *sujet*.

Article du Dr SCHMIEGELOW, à la légende, au lieu de : *schismatique*, lire : *schématique*.

Article du Dr MATHEWSON, page 642, ligne 35, au lieu de : *nervure*, lire : *osseuse*.

Article du Dr J. W. HULKE, page 644, au lieu de : *nous semblent*, lire : *ne nous semblent pas*.

Article du Dr LICHTWITZ, p. 653, ligne 29, au lieu de : (68), lire : (74); p. 654, ligne 8, au lieu de : *zone léthargogène*, lire : *zone spasmogène*.

Art. du Dr CHARAZAC, p. 693, avant dern. ligne, au lieu de : *enrayer la marche de la cicatrisation*, lire : *enrayer la marche de la maladie et obtenir la cicatrisation*.

Art. des Drs BLOCKES et ROTCH, p. 698, avant dernière ligne, au lieu de : *malaire*, lire : *molaire*; p. 699, avant dernière ligne, au lieu de : *comme*, lire : *lorsque*; au lieu de : *la*, lire : *le*.

Bordeaux. — Imp. Nouv. A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

41B
4384